n°350 – Mars 2012

ISSN 0769-0819

le Cardiologue

Compte rendu

Assemblée générale

27 et 28 janvier 2012 – Paris

Cardiologue

Notre cahier de Fmc

en pages centrales

Les biomarqueurs en cardiologie

La protéomique pour les non-initiés

Principes de l'évaluation des biomarqueurs du risque cardiovasculaire

Troponine hypersensible (Tn.HS) : principe et mode d'emploi

Biomarqueurs et insuffisance cardiaque en 2012 : Etat des lieux et perspectives

Fenêtre sur

La cardiologie en quatre dimensions

Hôpital

Un patrimoine immobilier négligé

Délais de rendez-vous

Un arrêt préoccupant de la Cour de Cassation

La revue du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux



Sessions de formation 2012

L'UFCV et les associations locorégionales vous proposent leurs sessions de formation.

Récapitulatif des conditions séminaires FPC-DPC (OGC)

Un thème :		Indemnisation OGC :	
	FPC : Formation présentielle : 1 journée sur 1 thème		**FPC :** 1 jour = 345 euros
	DPC Soirée : Formation présentielle : 1 programme = 1 soirée sur 1 thème + 2 audits cliniques + 1 webconférence		**DPC :** 1 programme = 690 euros
	GAP : Formation présentielle : 1 cycle = 4 soirées présentielles sur 1 dossier ou 1 pathologie.		**GAP :** 1 cycle = 690 euros

Forfait déplacement et hôtellerie (uniquement pour 2 journées de FPC consécutives) : Vous êtes à plus de 150 km du lieu de la formation, l'UFCV prend en charge à hauteur de 100 euros les frais occasionnés pour le déplacement et/ou l'hébergement (envoi de justificatifs originaux obligatoires).

Possibilité de remplacement

FPC

Antiagrégants plaquettaire en pathologie coronaire hors syndromes coronaires aigus
Bilan d'une HTA résistante ou secondaire
Bon usage de la réadaptation cardiaque chez le patient cardiaque
Bon usage de l'implantation percutanée de bioprothèse aortique sur rétrécissement aortique calcifié (TAVI)
Bon usage du traitement électrique chez l'insuffisant cardiaque
Cardiopathies congénitales de l'adulte
Cardiopathies et grossesses
Cardiopathies et pathologies rhumatismales
Cœur et dysfonction érectile
Cœur et obésité
Cœur et voyages
Dépistage et suivi de l'insuffisance coronaire stable
ECG d'effort et mesure de la VO_2 en cardiologie
Echocardiographie 1 : valvulopathies aortiques
Echocardiographie 2 : insuffisance mitrale et prothèses valvulaires
Echocardiographie 3 : fonction VG et insuffisance cardiaque
Echocardiographie 4 : sources cardiaques d'embolie et fibrillation auriculaire
Echocardiographie 5 : pathologie coronaire
Echocardiographie 6 : cœur droit et péricarde
Echocardiographie 7 : HVG/cardiomyopathies hypertrophiques et restrictives
Echocardiographie 8 : échocardiographie en réanimation, chirurgie et cathérérisme interventionnel
Explorations non invasives à visées coronaire
Identification et prise en charge des complications spécifiques après IDM
Imagerie en coupe dans les pathologies cardiaques et des gros vaisseaux
Ischémie silencieuse chez le diabétique de type 2
Le diabète de type II à haut risque cardiovasculaire
Maladies veineuses thrombo embolique
Pathologie de l'aorte
Pathologie iatrogène médicamenteuse chez le sujet âgé en cardiologie
Pathologies cardiovasculaires et syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil
Péricardites et endocardites infectieuses
Prescription de l'activité physique : risques et pathologies cardiovasculaires
Prescription des statines
Prévention du risque cardiovasculaire en chirurgie non cardiaque
Prévention secondaire après infarctus du myocarde non compliqué
Prise en charge ambulatoire de l'insuffisant cardiaque par le cardiologue
Prise en charge cardiologique ambulatoire de l'insuffisant cardiaque âgé
Prise en charge de la bicuspidie aortique
Prise en charge de la cardiomyopathie dilatée
Prise en charge de la cardiomyopathie hypertrophique
Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs
Prise en charge de l'HTA essentielle du sujet adulte
Prise en charge de l'hypertension artérielle pulmonaire
Prise en charge des complications cardiovasculaires des chimiothérapies
Prise en charge des masses et tumeurs cardiaques
Prise en charge des syncopes
Prise en charge des tachycardies supra-ventriculaires
Prise en charge des troubles du rythme ventriculaire
Prise en charge d'un patient sous antivitamines K
Prise en charge d'une hyponatrémie en pathologie cardiovasculaire
Prise en charge nutritionnelle du patient cardiaque
Sténoses carotidiennes et prévention des accidents vasculaires cérébraux
Suivi ambulatoire des patients porteurs d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque simple ou double chambre
Télémédecine un nouvel enjeu pour les professionnels de santé
Traitement non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque terminale : transplantation cardiaque et assistance circulatoire
Valvulopathies médicamenteuses

DPC

Bon usage de la réadaptation cardiaque chez le patient cardiaque
Bon usage de l'implantation percutanée de bioprothèse aortique sur rétrécissement aortique calcifié (TAVI)
Bonne pratique de l'échocardiographie doppler
Observatoire INDIQCARD d'événements porteurs de risques en pathologie cardiovasculaire
Prise en charge ambulatoire de l'insuffisant cardiaque
Prise en charge ambulatoire de l'infarctus du myocarde avec ou sans sus décalage du segment ST
Prise en charge de la bicuspidie aortique
Prise en charge de la cardiomyopathie dilatée
Prise en charge de la cardiomyopathie hypertrophique
Prise en charge de la maladie veineuse thrombo-embolique
Prise en charge des complications cardiovasculaires des chimiothérapies
Prise en charge des syncopes
Prise en charge d'une hyponatrémie en pathologie cardiovasculaire
Prise en charge nutritionnelle du patient cardiaque
Prise en charge des patients atteints de Fibrillation Auriculaire
Prise en charge du risque cardiovasculaire des diabétiques
Prise en charge de l'ischémie myocardique silencieuse chez un diabétique de type 2 à haut risque cardiovasculaire
Traitement non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque terminale : transplantation cardiaque et assistance circulatoire

GAP

Bonne pratique de l'échocardiographie en groupe de pairs
Bonne pratique des groupes d'échanges de pratique entre pairs

Les dates des sessions vous sont communiquées sur le site de l'UFCV www.ufcv.org

Tél.: 01.45.42.74.19 – email : unfcv@wanadoo.fr

Cardiologue


DR

CARDIOLOGUE PRESSE
13 rue Niepce – 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10

Président et directeur de la publication : Dr Christian Aviérinos
Directeur adjoint : Dr Serge Rabenou
Rédacteur en chef : Dr Christian Aviérinos
Rubrique nomenclature : Dr Vincent Guillot

EDITEUR DÉLÉGUÉ
Régifax – 45-47 rue d'Hauteville – 75010 Paris
Tél. : 01.47.70.00.96 – Fax : 01.48.24.15.05
Directeur : Renaud Samakh
Publicité : François Bondu
Coordination de la rédaction : Renaud Samakh
Directeur artistique : Pascal Wolff
Responsable de la stratégie : Alain Sebaoun
Crédits photo : Cardiologue Presse/Pascal Wolff/Fotolia/Phovoir

ABONNEMENT
Gestion des abonnements : Annick Le Bohec – SNSMCV
13, rue Niepce – 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10
Email : coeur@club-internet.fr

TARIF 2012 – 1 an, 10 numéros
France : 140 €
CEE (hors France) : 160 €
Tout autre pays : 275 €
Prix « Spécial adhérent » au syndicat, à jour de cotisation : 70 €
Prix unitaire : 20 €



Adhérent au Cessim et au SPEPS.
Mensuel réservé au corps médical
Impression : Barbou Impressions
8, rue Marcel-Dassault, Bondy
RCS Bobigny B 572 188 357
Dépôt légal : à parution
Commission partitaire : 0114 G 81182
ISNN : 0769-0819

Christian Ziccarelli

La rémunération sur objectifs, une (R) évolution culturelle ?

La cardiologie sera la première spécialité à expérimenter cette nouvelle forme de rémunération basée sur des objectifs de santé publique. Devions-nous faire l'impasse et refuser de participer à sa conception ? Cela me paraît aujourd'hui impensable. Lors de la signature de la convention, je vous rappelle que l'une des principales demandes du SNSMCV était la revalorisation du coût de la pratique, toujours au même niveau depuis 2005. Une situation inacceptable, alors que les charges ne cessent d'augmenter. Passée aux oubliettes, la majorité du CA a préconisé l'abstention.

La convention signée, nous ne pouvions pas rester immobiles. Malgré quelques oppositions, le SNSMCV a décidé de s'impliquer dans le paiement à la performance. Il fallait choisir des indicateurs acceptables par la profession et par la CNAM. Cela n'a pas été facile. Ces indicateurs devaient faire partie de notre activité quotidienne tout en ciblant une amélioration des pratiques. Ils concernent les maladies chroniques (post SCA et insuffisance cardiaque), la prévention (HTA, antiagrégants plaquettaires) et l'efficience (IEC, ARAII, statines). Nos interlocuteurs ont été sensibles à nos arguments, l'efficience n'était pas leur seule préoccupation.

Cette rémunération sur objectifs de santé publique va-t-elle révolutionnée notre activité ? J'en doute. Est-ce « la panacée », je ne le pense pas, car si vous arrivez à remplir 100 % des objectifs, le gain espéré ne dépassera pas 4 100 € (versés en 2013), ce qui correspond en moyenne à une augmentation de l'ordre de 2 % de la masse des honoraires. Ne soyons pas dupes, l'organisation du cabinet doit être revu, il faudra posséder les logiciels métiers agréés adéquats. Tout cela a un coût non négligeable… Mais, a contrario, c'est rendre plus performant notre outil de travail.

Dans le contexte de la crise économique qui secoue l'Europe, il est évident que la rémunération sur objectifs de santé publique est le seul moyen d'avoir un complément d'honoraires. Alors pourquoi ne pas s'impliquer, d'autant que le choix des indicateurs est libre et qu'il n'y aura aucune sanction en cas de non-atteinte des objectifs. Ceux qui ont initialement refusé de participer pourront à tout moment revenir sur leur décision. Le risque est bien sûr une pérennisation du système avec un gel de la valeur des actes. Le SNSMCV en est parfaitement conscient. Le paiement à l'acte, l'un des fondements de l'activité libérale, doit rester le mode de rémunération privilégié.


Pascal Wolff

n°350 – Mars 2012

Cardiologue



Notre cahier de Fmc

en pages centrales

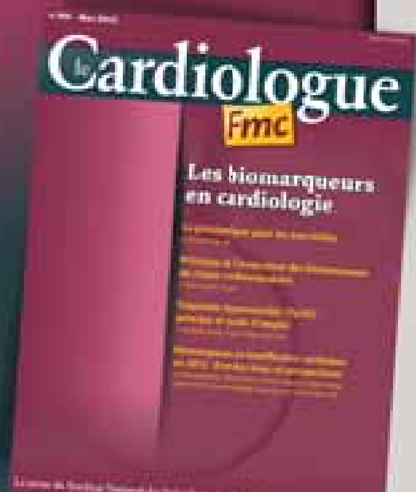
Les biomarqueurs en cardiologie

La protéomique pour les non-initiés

Principes de l'évaluation des biomarqueurs du risque cardiovasculaire

Troponine hypersensible (Tn.HS) : principe et mode d'emploi

Biomarqueurs et insuffisance cardiaque en 2012 : Etat des lieux et perspectives



AU SOMMAIRE

Compte rendu de l'assemb

Les 27 et 28 janvier 2012 à Paris

Le Docteur Ziccarelli ouvre la séance, ce samedi 28 janvier, en remerciant les présents. Il remercie également les laboratoires sanofi-aventis qui ont bien voulu participer à l'organisation de ces journées : l'assemblée générale du samedi et le séminaire de travail du vendredi après-midi.
Le Docteur Ziccarelli rappelle les décès des Docteurs Laboux et Waché, parmi les premiers membres du C.A. du Syndicat, ainsi que ceux des confrères des Docteurs Perchicot et Cébron.

Etaient présents les Drs Ziccarelli et Perchicot, les Drs Abichacra et Sarzotti (Alpes Maritimes), Arnold, Lang, Michel, Roos et Zaehringer (Alsace), Ducoudré, Grimard, Ohayon, Pedeboscq, Pelé et Pradeau (Aquitaine), Binon, Paillоncy et Pignol (Auvergne), Fouchères (Bourgogne), Carette, Hulin et Thomas (Champagne-Ardenne), Abensour, Assyag, Dervaux, Guedj-Meynier, Hoffman, Khaznadar, Lazarus, Ouazana, Rabenou, Thébaut et Walch (Ile-de-France), Grosclaude (Isère), Ayrivié et Ter Schiphorst (Languedoc Roussillon), Richard (Loire), Breton, Chevrier, Neimann, Olier et Serri (Lorraine), Courtault, Flores et Pouchelon (Midi Pyrénées), Fossati, Guillot, Lemaire, Michaux, Perrard et Vigne (Nord), Berland et Doret (Hte Normandie), Maheu, Marette et Paulet (Ouest), Caillard, Cebron, Du Peloux, Fraboulet et Lefebvre (Pays de la Loire), Bauplé, Durandet et Haldenwang (Poitou Charentes), Aviérinos, Billoré, Bouchlaghem, Guenoun, Jullien, Malaterre et Raphaël (Provence), Calmettes et Maudière (Région Centre), Galland et Malquarti (Rhône), Doucet (Savoie) et Chodez (Haute-Savoie).
Etaient excusés les Docteurs Assouline (Alpes-Maritimes), Dentan (Bourgogne), Morice (Ile-de-France), Verdonck (Haute Normandie) et Tafanelli (Provence).

Vendredi 27 janvier

La veille a eu lieu un séminaire dont le thème était : « Comment envisager l'avenir de la cardiologie ? »

Le Docteur Ziccarelli a inauguré ce séminaire de travail en rappelant que depuis quelques années ces réunions du vendredi après-midi, non statutaires, permettent d'évoquer de façon plus complète certains points de notre exercice professionnel.

Une première table ronde intitulée « La cardiologie et les nouvelles technologies » animée par les Docteurs Arnold et Pouchelon a réuni les experts suivants : le Professeur Philippe Arbeille qui a parlé du suivi des cosmonautes en temps réel et dont l'intervention a permis un voyage inhabituel ; le Docteur Jacques Lucas qui, comme à son habitude, a rappelé avec talent les droits qui sont liés à la télémédecine et enfin le Docteur Jean Brami qui a rapporté l'impact de la télésanté sur la qualité et la sécurité des soins.

Une deuxième table ronde intitulée « Démographie et exercice du métier de cardiologue » animée par les Docteurs Guenoun et Perchicot a réuni les experts suivants : le Professeur Jean-Claude Daubert qui a fait un brillant exposé sur l'évolution de la démographie, exposé suivi par celui du Docteur Christian Aviérinos sur l'avenir du métier de cardiologue clinicien et enfin le Docteur Christian Ziccarelli a conclu cette table ronde sur la nécessité d'équilibrer les surspécialités en cardiologie et la cardiologie clinique.



De gauche à droite, les Docteurs Arnold et Perchicot, Le Pr Hagège et le Dr Ziccarelli.

Assemblée Générale

Samedi 28 janvier

Les Docteurs Galland et Malquarti sont nommés secrétaires de séance.

Rapport moral du Président

Docteur Christian Ziccarelli

Je dois pour la première fois vous présenter mon rapport moral, un exercice difficile, mais nécessaire à la bonne marche de notre syndicat.

Le dimanche suivant l'Assemblée Générale de l'an dernier, le CA m'a apporté sa confiance en me faisant l'honneur de m'élire en tant que Président. Une lourde tâche dans cette période d'incertitude économique, que j'essaierai de remplir en répondant au mieux à toutes vos préoccupations et aux difficultés que vous pouvez rencontrer lors de votre exercice quotidien.

Avant toute chose, je voudrais remercier Eric Perchicot qui m'accompagne de réunions en réunions sans la moindre grogne. Vous pouvez deviner combien elles ont été fréquentes au cours de cette année. Eric a su montrer une disponibilité à toute épreuve, décommandant souvent au dernier moment ses consultations pour être présent à mes côtés. Jacques Berland, Jean-Pierre Binon, Vincent Guillot, Arnaud Lazarus, Jean-Louis Neimann m'ont aidé et soutenu, chaque fois que j'éprouvais des difficultés pour répondre sur des points spécifiques touchant leur domaine de compétence. Je ne peux que regretter la moindre présence d'Elisabeth Pouchelon devenue une inconditionnelle de la politique, heureusement elle reste disponible pour me donner ses avis pertinents. Patrick Assyag, qui a obtenu la présidence de la FFC de l'Ile de France, reste un atout majeur pour la bonne marche de l'UFCV où il accomplit un travail considérable. Enfin je ne voudrais pas oublier Christian Aviérinos pour sa vision politique et ses conseils.

Ma pensée va aussi aux membres de notre conseil d'administration pour leurs observations et leur soutien devant les épreuves que nous avons dû affronter. Soyez tous ici remerciés car sans vous le Syndicat ne pourrait pas accomplir sa mission première qui est la défense de la profession.

Les syndicats loco-régionaux sont les relais indispensables pour transmettre et expliquer à nos collègues les décisions nationales. Je les remercie au nom du Conseil d'Administration pour leur travail et leur implication, car nous savons tous, malheureusement, comme il difficile et parfois ingrat de faire passer certains messages à nos collègues.

Revenons sur cette année particulièrement riche en événements, j'avoue que je ne m'attendais pas à avoir autant de problèmes à résoudre. L'affaire Médiator, l'absence d'équité des directeurs d'ARS ayant une forte tendance à privilégier le public au détriment du privé, la signature d'une nouvelle convention, les détournements quasi systématiques des SCA vers l'hospitalisation publique, les SAMU ne respectant pas le choix du patient, la mise en place du paiement à la performance sont en partie les problèmes auxquels nous avons été et sommes confrontés.

« L'affaire » benfluorex

Au début d'année 2011, un cyclone s'est véritablement abattu sur la cardiologie, des rapports accablant étaient publiés rendant le benfluorex responsable de plusieurs milliers de morts, suite à des atteintes valvulaires. Ni la Commission de transparence de la HAS, ni le Vidal de 2009 ne signalaient ces effets iatrogènes. Les cardiologues ont été entraînés dans la tourmente, et les premiers accusés alors qu'ils n'ont jamais été les prescripteurs. Il fallait un « bouc émissaire ». Il était « tout trouvé ».

Après multiples demandes, nous avons finalement pu être membres du Comité de suivi au ministère. Notre présence n'a pas été inutile. Elle a permis d'éviter l'enregistrement systématique en boucle des fuites valvulaires dès le stade 1 et d'insister sur les difficultés à donner un diagnostic précis, car l'analyse échocardiographique permet rarement d'affirmer sans équivoque l'origine médicamenteuse d'une fuite valvulaire.

Le Professeur Eric Brochet a été pour nous dans ce débat un soutien important. Convoqués à l'Assemblée Nationale, nous nous sommes défendus en démontrant que la cardiologie ne pouvait être responsable d'une telle catastrophe sanitaire. Notamment, il nous a été reproché de ne pas avoir informé nos collègues suite aux différents courriers de l'AfSSAPS. Heureusement lors de cette alerte, un mailing avait été diffusé, dès le lendemain, par l'UFCV à l'ensemble des cardiologues les avertissant des risques iatrogènes du benfluorex. Cette information était également présente dans la newsletter du mois de l'UFCV.

Grâce en grande partie à la flexibilité des cardiologues libéraux, les patients ont pu rapidement être pris en charge. Cela nous a permis de souligner auprès des responsables des institutions sanitaires, l'intérêt d'une cardiologie de proximité qui a parfaitement répondu au surcroît de la demande d'échocardiographies.

Toujours est-il que l'une des conséquences de cette « *catastrophe sanitaire* », telle qu'elle a été dénommée, est à l'origine d'une loi « *relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé* » paru au JO le 29.12.2011.

Les conflits avec les ARS

Il a fallu dans le même temps répondre aux directeurs d'ARS dont les décisions étaient et restent très en faveur de l'hospitalisation publique.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, Daniel Lenoir voulait ni plus ni moins transférer des lits d'USIC de trois établissements privés à l'hôpital de Tourcoing en avançant des arguments pour le moins incompréhensibles. Il voulait supprimer la pratique de l'angioplastie coronaire dans un établissement de l'agglomération lilloise alors que celui-ci répondait aux normes. Dans trois bassins de vie sur quatre, l'autorisation de la pratique de la cardiologie interventionnelle rythmologique a été systématiquement refusée à l'hospitalisation privée et accordée à l'hospitalisation publique. Sans compter sur son intervention dans l'organisation des cardiologues au sein de leur établissement.

En Champagne-Ardenne, le Directeur de l'ARS voulait imposer, sans concertation, aux cardiologues du groupe Courlancy (établissement privé) de pratiquer désormais la rythmologie interventionnelle au CHU, sous prétexte qu'ils ne respectaient pas antérieurement les normes imposées alors qu'ils répondent aux exigences de la spécialité.

Des problèmes identiques se posaient en Basse Normandie. Soutenus par l'UMESPE, nous avons rencontré le 1er avril Monsieur François-Xavier Selleret, directeur de cabinet de la secrétaire d'Etat chargée de la Santé, Nora Berra. Frédéric Fossati et Bernard Carette m'ont accompagné à ce rendez-vous, ce qui a permis de débloquer la situation. Ce fut l'occasion de lui signaler le comportement du SAMU qui détournait de plus en plus fréquemment, au profit de l'hôpital public, les syndromes coronariens aigus. A sa demande nous lui avons transmis les statistiques sur les deux dernières années de la prise en charge des SCA par les établissements privés qui nous avaient envoyé leurs données. Cette lettre est demeurée sans réponse. En fait ce problème n'est pas réglé, régulièrement nous constatons que les directeurs d'ARS avantagent sans arguments solides l'hospitalisation publique, dernièrement le problème se pose à Toulouse et à Nancy.

Les difficultés rencontrées avec le SAMU

Aujourd'hui, les SAMU détournent, au profit de l'hospitalisation publique, la très grande majorité des patients atteints de SCA, alors que beaucoup d'entre vous assurent avec leurs équipes des astreintes en respectant la législation en vigueur. Si, il y a moins d'un an, seules certaines régions semblaient être touchées par ce phénomène, aujourd'hui j'entends les plaintes de toutes les régions pratiquement sans exception. On a donc décidé de réagir en envoyant tout d'abord un communiqué de presse qui a interpellé les journalistes, ce qui a permis de montrer notre colère et notre détermination. Les réactions ne sont pas fait attendre, le président du SAMU de France, Marc Giroud, ne comprenait pas une telle attaque pour lui injustifiée, mais a tout de même fait comprendre à demi-mot, en répondant à une journaliste d'APM, qu'ils adressaient les patients dans les services les plus compétents ! Un courrier a été adressé à tous les directeurs d'ARS pour qu'ils m'adressent les statistiques d'adressage des SCA ST+, avec un double au président des URPS pour soutenir cette demande.

La convention médicale

C'est un autre grand chapitre de l'année 2011, où le Syndicat a essayé auprès des grandes centrales et notamment de l'UMESPE d'obtenir, malgré le contexte économique, une revalorisation du coût de la pratique. Malgré notre insistance, les spécialités médico-techniques ont été les grandes oubliées et cette revalorisation est passée aux oubliettes. Après multiples allers-retours, la CSMF, le SML et un rallié de la dernière heure, MG-France, se mettaient autour de la table des négociations pour signer, en présence de l'UNOCAM, une nouvelle convention pour les 5 ans à venir. Un franc succès pour Frédéric Van Roekeghem qui a réussi à obtenir l'assentiment de près de 70 % des médecins ! D'autant que la FMF vient également, il y a peu, d'apposer sa signature. Le CA du Syndicat s'est lui, par contre, abstenu dans sa majorité, comme la radiologie et la gastro-entérologie. Signée le 26 juillet 2011 elle a été publiée au JO le 26 septembre 2011.

Que devons-nous retenir ? La disparition de la notion d'actes perdants et leur maintien à leur valeur actuelle ? La redéfinition de nouveaux tarifs cible, ainsi dans l'avenant n° 6 à la convention, non encore publié, l'ETT sera revalorisée à son niveau cible, soit 96,49 €. Le secteur 2 est maintenu. L'option de coordination persiste avec la prise en charge des taxes sociales par l'Assurance Maladie comme en secteur 1 et un relèvement à 20 % (au lieu de 15 %) des possibilités de dépassements sur les actes techniques, remboursés par les mutuelles ; la possibilité de réaliser un CS de synthèse après le C2 de consultant, suite à la demande d'un bilan complémentaire ou lorsque les actes techniques sont réalisés par un autre praticien. Mais la pérennisation de l'ASV en conservant le rapport 2/3-1/3 peut-elle réellement être considérée comme la grande victoire annoncée par les signataires ? Je vous laisse juge.

Enfin, un nouveau mode de rémunération entre en scène, avec l'apparition du « paiement à la performance ». La cardiologie



est la première spécialité chargée de sa mise en œuvre. Financée sur un budget hors ONDAM, c'est une possibilité de compensation financière variable en fonction d'objectifs prédéfinis. Les indicateurs concernent l'organisation du cabinet, la pratique clinique, la prévention et l'efficience, point particulièrement sensible, notamment pour trouver des indicateurs médico-économiques pertinents acceptables par la profession. Chacun avait la possibilité de refuser jusqu'au 26 décembre de souscrire ou non à ce processus. N'avoir pas envoyé de lettre de refus ne vous engage pas non plus à accepter tous les indicateurs, vous aurez toujours la possibilité de faire votre choix au sein d'une liste qui fera l'objet d'un avenant à la convention. Cette liste sera auparavant soumise au CA pour approbation ou refus.

Les problèmes de nomenclature

Associations d'actes d'échographie

Comme vous le savez en début d'année dernière, nous avions obtenu un moratoire concernant **les associations d'actes d'échographie,** permettant un report éventuel des prétendus indus et tout du moins leur non-versement tant qu'une solution acceptable par tous ne serait pas trouvée. Certains de nos collègues les avaient déjà reversés à leur CPAM, les pénalisant par rapport à ceux qui ont fait du « forcing ». Le Syndicat avait en effet conseillé, sans doute un peu rapidement, de reverser cet indu car à nos yeux la cause était indéfendable. Nous avions fait une proposition en mars 2011 en ciblant les associations d'actes que nous jugions plausibles en fonction de la pathologie. Celle-ci n'a pas été rejetée par la CNAMTS qui en avait pris bonne note, mais elle est passée au second plan suite à l'élaboration de la convention. Nous avons rencontré le 13 janvier dernier Yves Ginard, responsable des actes à la CNAM. Même s'il réprouvait cette inégalité entre ceux qui avaient versé les indus et ceux qui ne l'avaient pas fait, pour des raisons juridiques comptables, nous a-t-il dit, leur reversement n'est pas possible. Un dossier a été déposé par la CNAMTS à la HAS pour évaluer si certaines de ces associations sont justifiées, en tenant compte de la pathologie.

Suite aux nouvelles mesures d'économie demandées par le plan Fillon 2, la cardiologie avec la radiologie et la biologie est l'une des spécialités concernée et notamment l'acte associant l'ETT à l'ECG.

Cette association était une mesure transitoire selon la note de facturation de la CCAM de 2005. La CHAP en décembre 2011 a entériné, sans vote, cette demande de suppression. Elle est actuellement sur le bureau du ministre pour avis pour une mise en application au mois de mai 2012. L'économie selon la CNAM sera de l'ordre de 7 millions d' € en 2012 et selon mes calculs de près de 10 millions d' € en 2013. Cette mesure est à mettre en parallèle avec une augmentation de la valeur de l'ETT pour atteindre sa valeur cible, soit 96,49 €, une augmentation de 0,83 cts. Celle-ci ne pourra survenir que 6 mois après la parution au JO de l'avenant à la convention. Lors de notre rencontre avec Yves Ginard, nous avons protesté contre cette mesure et les avons avertis du risque de ne pas avoir l'effet escompté, bien au contraire.

Notre demande de forfaitisation d'un acte de télésuivi des PM et DAI semble être en bonne voie.

Quant à l'acte de FFR c'est beaucoup plus compliqué

Les gardes et astreintes

Une remise à plat de l'organisation de la permanence des soins souhaitée par la DGOS s'est heurtée à l'intransigeance de la FHF. Je vous rappelle que 700 millions € étaient attribués à l'hospitalisation publique pour 70 millions € à l'hospitalisation privée. Une enveloppe réduite désormais à 700 millions devait être mutualisée entre les établissements publics et privés. Il semble que, à l'heure actuelle, les rémunérations des gardes soient effectives dans la grande majorité des régions. Dorénavant toutes les lignes de gardes et astreintes seront financées à compter du 1er janvier 2012 par le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Dans l'attente de la mise en œuvre des SROS-PRS, une enveloppe de 15 millions € sera déléguée aux ARS, lors du premier semestre 2012, au titre d'une MIG. Le projet d'arrêté fixe les montants d'indemnisation forfaitaire en fonction de leur durée. Malgré tout le paiement des astreintes semble rencontrer des difficultés dans nombre de régions. Je souhaite que vous me remontiez les difficultés rencontrées dans vos régions.



Les autres interventions du SNSMCV

Protocole 51

Selon la loi HPST, le protocole 51 concerne la mise en place de délégation de tâche via une demande de l'ARS, transmise à la HAS qui peut ensuite autoriser une déclinaison nationale. Si le Syndicat des cardiologues avec Christian Aviérinos était l'un des pionniers, aujourd'hui les verticalités sont le plus souvent ignorées et mises devant les faits accomplis. Le risque est de voir se multiplier ces protocoles au détriment de la spécialité. Le SNSMCV a exigé l'arrêt immédiat des protocoles en cours d'élaboration et la modification urgente de la loi Bachelot sur ce point.

Vers un plan cœur

La Fédération Française de Cardiologie et Alliance du Cœur, dont le président est Jean-Claude Boulmer, ont sollicité tous les acteurs intervenants de près ou de loin dans le domaine de la prévention cardiovasculaire pour élaborer un « plan cœur » pour le moment dénommé « vers un plan cœur ». La première étape consistant à faire des états généraux qui auront lieu en 2012, puis de publier « un Livre Blanc » et enfin d'essayer d'obtenir des financements publics. Le Syndicat est membre du Comité stratégique et participe ainsi à toutes les démarches décisionnelles.

Suppression de l'ALD HTA sévère

Suite à la volonté de l'Assurance Maladie de ne plus prendre en charge au titre de l'ALD, l'hypertension artérielle sévère, le Syndicat a soutenu Alliance du Cœur et les associations de patients par un communiqué propre et un communiqué commun avec Alliance du Cœur. Il semble que cette situation va se débloquer, le Directeur général de la santé a été chargé de mettre en place un groupe de travail afin d'établir les modalités de surveillance et d'organisation du parcours de soins des hypertendus sévères.

Création d'un groupe de réflexion sur le futur métier de cardiologue sous la présidence de Jean-Claude Daubert, destiné à être publié et décliné en plusieurs chapitres : démographie médicale et cardiologie, cardiologue clinicien et surspécialité, complémentarités entre métiers

Stage de sensibilisation et intervention lors des journées du DES

Il devient urgent, devant le peu d'affection actuelle pour l'exercice libéral des futurs jeunes diplômés en cardiologie, de les sensibiliser à l'exercice de la cardiologie dite « de ville ». En effet ces deux dernières années plus de 95 % des spécialistes en cardiologie et médecine vasculaire ont choisi l'exercice salarié. Cela ne peut qu'entraîner, à plus ou moins court terme, un déséquilibre entre une cardiologie de proximité libérale et une cardiologie salariée, en règle générale hospitalière, dont l'activité est le plus souvent orientée vers les surspécialités. Devant la méconnaissance de l'exercice « en ville », il est aujourd'hui nécessaire de sensibiliser les jeunes générations, en les incitant à passer une semaine (5 jours) au sein d'un cabinet libéral de « ville » pratiquant la cardiologie clinique. Il s'agit de leur faire découvrir cette modalité d'exercice, méconnue par les étudiants qui ne voient, au cours de leur internat, que le volet hospitalier de la profession. Ce n'est pas un stage « stricto-sensu », mais une information sur le métier dans toutes ses composantes à la fois médicales, administratives et financières. Cette sensibilisation doit être appelée à devenir obligatoire dans le cursus de tout interne souhaitant obtenir le diplôme de Cardiologie et Médecine Vasculaire. Elle se fera lors de la 3e année d'internat, lors du 5e ou 6e semestre. Au stade de l'expérimentation elle se fera sur volontariat. Elle démarre dans le grand Ouest grâce à Jean-Claude Daubert, Jean-Noël Trochu et Daniel Herpin et à nombre de cardiologues libéraux qui se sont portés volontaires.

Le Conseil National Professionnel de Cardiologie

Sous la présidence de Geneviève Derumeaux en 2011, il sera en 2012 présidé, comme stipulé dans les statuts par le Président du Syndicat. L'une des principales missions du CNPC en 2011 a été de demander l'inscription à la nomenclature de nouveaux actes, un forfait de télésuivi des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs implantables, la création d'un acte de FFR. Nous avons essayé de créer un acte pour les TAVI mais sans succès puisque l'expérimentation est poursuivie jusqu'en 2014, avec des restrictions d'indication (rapport de la HAS). Une convention vient d'être renouvelée avec la HAS pour la création d'indicateurs concernant la prise en charge des SCA depuis la phase hospitalière jusqu'à la phase ambulatoire. Le but est l'appropriation par le monde cardiologique de ces indicateurs. Ainsi, suite à une demande du ministère, à partir de ces données a été créé un indicateur agrégé mis à la disposition des établissements, pour mieux connaître la qualité de leur prise en charge des SCA. Cet indicateur est mis à la disposition du public sur le site Platine, plate-forme d'information sur les établissements de santé.

Le CNPC va jouer un rôle considérable dans le futur DPC, en effet il désignera son représentant et son suppléant à la Commission Scientifique Indépendante, il proposera au ministère les thèmes de cardiologie devant faire l'objet du programme annuel en choisissant les méthodes, après avis de la HAS, et enfin il soumettra le ou les organismes effecteurs. Le tout avec un passage obligé par la FSM interlocuteur unique de l'organisme de gestion du DPC et du ministère.

Depuis le mois de juillet, CARDIORISQ, organisme agréé pour



l'accréditation des équipes, est fonctionnel, et vous pouvez vous inscrire pour faire votre accréditation, en sachant que ce n'est pas une obligation. Le problème majeur reste comme toujours celui du financement pour rendre CARDIORISQ opérationnel. Un dossier spécial « actualités et pratiques en cardiologie » a été mis en ligne sur le site de la HAS, un dossier thématique consacré aux coopérations de la cardiologie avec la HAS (avec notamment toutes les publications en cardiologie).

La RCP

Dès le 1er janvier 2012, les contrats d'assurances responsabilité civile professionnelle couvriront le risque jusqu'à 8 millions €. Pour les préjudices au-delà de ce chiffre, un fonds sera créé. Alimenté par une cotisation de tous les professionnels et auxiliaires médicaux libéraux, il prendra en charge les indemnités supérieures à 8 millions € accordées aux victimes de dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé libéraux et relevant de l'aléa thérapeutique ou de la responsabilité sans faute. La cotisation de chaque professionnel sera de 15 à 25 € en fonction de sa rémunération et de son niveau de risque. Le fonds ne pourra pas intenter d'action récursoire contre les professionnels de santé responsables des dommages concernés.

Les modifications de la loi HPST suite à la loi du 10/08/2011 dite loi Fourcade

L'une des mesures phares est certainement la création de Sociétés interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) permettant aux professionnels de santé de se regrouper (en sachant qu'elles doivent comporter au moins 2 médecins et un auxiliaire médical) avec pour but de recevoir des financements publics (Etat, Assurance Maladie, collectivités territoriales), de redistribuer ces sommes entre leurs membres, de facturer certains actes à l'Assurance Maladie.

Renforcement du statut des Maisons de santé et régime du partage des données relatives aux patients.

Elles assurent des activités de soins sans hébergement et sont constituées entre des professionnels de santé, des auxiliaires médicaux et dorénavant des pharmaciens. L'élaboration de projets de santé doit être conforme aux schémas régionaux élaborés par les ARS. Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure, sous réserve du consentement de la personne, qui peut à tout moment le retirer.

LA LFSS 2012

Elle a été votée en une deuxième lecture au Parlement, le 29 novembre, après des allers-retours pour le moins ubuesques entre Sénat et Parlement. Je vous rappelle que le déficit du régime général avait atteint en 2010, 23,9 milliards € pour des raisons en partie conjoncturelles du fait de la baisse de la masse salariale, ce qui n'avait pas été observé depuis 1945. Le déficit en 2011 serait proche de 18,2 milliards € et en 2012 voisin de 13,9 milliards €. Suite à la révision de l'hypothèse de croissance du PIB passée successivement de 2,5 %, à 1,75 % puis à 1 %, il a fallu trouver 500 millions € d'économies supplémentaires au 551 millions € prévus dans la convention sur la maîtrise médicalisée. 90 millions € seront prélevés sur la baisse des tarifs des spécialités médicales dont les revenus sont les plus élevés, principalement, les radiologues et les biologistes, les cardiologues n'ont pas été oubliés, puisqu'il ne sera plus possible de coter l'association ETT+ECG. La progression de l'Ondam est passée de 2,8 % à 2,5 % (2,1 % pour les dépenses de soins de ville et 2,4 % pour les dépenses des établissements). Pour l'année 2011, l'Ondam sera respecté et probablement également en 2012. Toutefois le seuil de déclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM fixé en 2011 à 0,70 %, sera de 0,60 % en 2012 et de 0,5 % dès 2013.

A noter également dans la LFSS la création d'un FIR (Fonds d'Intervention Régional) géré par les ARS qui financera entre autres les PDS ambulatoires et en établissement de santé, la prévention et la promotion de l'éducation à la santé, les maisons et centres de santé.

La lutte contre les fraudes sera accentuée. En 2010 le montant total détecté des fraudes aux prestations était de 272 millions € en hausse de 27 % par rapport à 2007.

La loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

Publiée fin décembre, cette loi est loin d'être anodine pour


Dr Galland, Dr Grimard, Dr Grosclaude, Dr Guedj-Meynier, Dr Guenoun, Dr Guillot, Dr Haldenwang, Dr Lefebvre, Dr Lemaire, Dr Mahesi, Dr Malaterre, Dr Malquarti, Dr Marette, Dr Maudière, Dr Michaux

notre activité quotidienne. Deux articles de loi ont surtout retenu mon attention la prescription hors AMM, qui devient une contrainte difficilement acceptable, et les déclarations de liens d'intérêts, que nous devrons régulièrement tenir à jour sous risque de lourdes sanctions pénales.

Les stages des internes en établissements privés

Ils sont désormais possibles grâce aux arrêtés du 4 février 2011, en sachant que la procédure n'est pas simple : signature d'une convention entre le CHU, la faculté (le doyen) et l'établissement, contractualisation avec l'ARS et obtention d'un agrément de stage pour la spécialité accordé par l'ARS. Entre 30 et 40 internes seront accueillis à ce jour au sein de ces établissements.

Il me reste à féliciter les nouveaux élus au CA de la SFC, Jacques Berland, Serge Kownator, Arnaud Maudière et Dany Marcadet.

Je vous remercie pour votre écoute.

■ *Le rapport moral est adopté à l'unanimité.* ■

Rapport financier

Le Docteur Arnold, trésorier, présente les comptes vérifiés et approuvés par l'expert-comptable, Monsieur Didier Basson.

Le nombre de cotisations par rapport à l'an dernier a diminué de 5 %, sans doute le fait d'une syndicalisation beaucoup plus faible des jeunes installés par rapport à leurs aînés. Il est demandé aux Présidents de régions d'insister auprès de nos jeunes confrères pour leur montrer le rôle joué par le Syndicat en termes de défense de la profession.

Quitus est donné à l'unanimité au trésorier.

Le Docteur Arnold présente ensuite le budget prévisionnel pour l'année 2012. Le montant des cotisations, pour la part nationale, des cotisations pour l'année 2012 est inchangé de : 155 € pour la cotisation à taux plein, 75 € pour la 1ère année d'installation, 90 € pour la 2e année et 55 € pour les retraités. Par contre le montant de l'abonnement d'un an au journal *Le Cardiologue* est porté, comme voté lors de l'AG de 2011, à 70 € pour les syndiqués et 140 € pour les non-syndiqués. L'abonnement est gratuit pour les 1ère et 2e années d'installation ainsi que pour les retraités. Le Docteur Aviérinos rappelle l'importance de l'abonnement au journal *Le Cardiologue* : le nombre d'abonnements payants permet une diffusion gratuite plus importante et ainsi une audience plus importante et rappelle la bonne place au CESSIM une nouvelle fois pour cette année 2011. Il souligne également l'importance et la nécessité de l'indépendance financière de la revue, car la parution de la loi du 29 décembre 2011 cause un tort énorme à la presse médicale et il faut bien trouver des recettes différentes de celles de la publicité « industrie pharmaceutique ».

Le Docteur Perchicot insiste sur ce point : la survie du journal et donc l'information faite aux cardiologues par le biais de ce seul journal socio-professionnel.

Il est proposé de repasser l'article du Docteur Guillot sur le thème « *Si le Syndicat n'existait pas* » pour montrer le travail qui est fait depuis des années.

Les montants des cotisations sont acceptés à l'unanimité. ■

Conseil National Professionnel de Cardiologie

Professeur Albert Hagège et Docteur Christian Ziccarelli

Avant de commencer cette partie de l'Assemblée Générale, le Docteur Ziccarelli tient à féliciter le Professeur Hagège pour son élection au poste de Président de la SFC.

Le Professeur Hagège souligne que la SFC souhaite s'entourer de cardiologues libéraux et la meilleure preuve en est que le trésorier est un cardiologue libéral. Il remercie également les cardiologues libéraux qui travaillent sur les recommandations de la SFC. Les différentes instances cardiologiques doivent travailler ensemble. Pour la FMC, les cardiologues ont montré l'exemple en ayant une FMC transparente et de qualité. La prise en charge des patients est qualifiée de bonne. Il nous faut travailler ensemble en toute clarté.

Le CNPC est à parité entre la SFC et le Syndicat. Il va avoir une mission importante concernant le DPC, car il sera l'interlocuteur de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) qui regroupe tous les conseils nationaux professionnels à l'exception de la médecine générale. La FSM est l'interlocuteur privilégié, voire unique, du Ministère et de la HAS.

Nous allons être obligés de mettre en place, au sein du CNPC, une structure qui va assurer la gouvernance de ce DPC. Deux



représentants seront nommés pour siéger à la commission scientifique indépendante (SCSI) au niveau du DPC.
Le Docteur Thébaut rappelle que le DPC est l'affaire des professionnels et non pas de la HAS. Le rôle de la HAS dans la mise en œuvre du DPC : définir des méthodes, des modalités qui précisent la participation effective (un programme). Il faut valoriser ce qui est efficace et qui existe actuellement. Pour la HAS le véritable interlocuteur est celui qui représente toute la profession : c'est-à-dire le Conseil National Professionnel de la spécialité.
Certes les décrets sont sortis, mais tout est loin d'être clair à ce jour.

En 2011, le CNPC a demandé également l'inscription de nouveaux actes : en juin, grâce au travail de Jacques Clémenty et d'Arnaud Lazarus, sur la télésurveillance des DAI et des stimulateurs, sans réponse à ce jour. Un rendez-vous doit nous être proposé dans les semaines qui viennent, semble-t-il. On devrait également parler du FFR qui a montré ses bénéfices. Pour le TAVI l'expérimentation a été prolongée.
Le Docteur Ziccarelli tient à souligner les bons rapports qui existent entre la SFC et le Syndicat depuis des années avec les différents présidents. Le Professeur Hagège souligne qu'il tient à ce que ces rapports se poursuivent dans la même ligne. ■

Actualités conventionnelle et politique

Docteurs Christian Ziccarelli et Eric Perchicot

Le Docteur Ziccarelli rappelle les points essentiels de la convention qui a été signée par les centrales dans laquelle les spécialités médico-techniques ont été les grandes oubliées.

Le problème des astreintes forfaitaires dues aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé devrait être réglé rapidement maintenant puisqu'un arrêté doit paraître prochainement. Il faudra faire très attention aux contrats liant l'ARS, la direction de l'établissement et les médecins concernés et à la tenue des tableaux de gardes et astreintes.
La loi de finance de la Sécurité Sociale (LFSS) 2012 a été votée le 29 novembre 2011 avec un ONDAM fixé à 2,5 % = 171 milliards € (la répartition de l'effort ¾ pour la ville, ¼ pour l'hôpital) après avoir été prévu à 2,8 %. Les 500 millions € d'économies supplémentaires sont répartis ainsi :

- 100 millions € fonds de restructuration de l'hôpital
- 290 millions € par la baisse des prix des médicaments
- 90 millions € par la baisse des tarifs de biologie, radiologie et cardiologie
- 20 millions € sur le médico-social.

Il est à noter la création d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR) qui va permettre de financer la PDS, une hausse de 1,6 % de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques destiné à financer le DPC, un renforcement de l'analyse médico-économique des actes et des produits de santé par la HAS et enfin l'intensification de la lutte contre les fraudes aux prescriptions. Notamment vont faire l'objet d'une surveillance : les actes d'échographie, l'implantation d'endoprothèse chez les patients n'ayant pas fait d'infarctus, l'ablation par radiofréquence et les actes électrophysiologiques. En effet il y a d'énormes disparités régionales dans la pratique de l'exercice cardiologique et le CNPC a été sollicité par la HAS et la CNAMTS pour expliquer ces disparités régionales.
Un courrier de l'Assurance Maladie, reçu par le Syndicat, indiquait que l'association des actes d'écho et d'ECG était de 1 700 000 contre 3 000 000 d'actes ECG seul. Ce qui veut dire que pour certains cardiologues (53 %) l'acte de base est devenu écho + ECG. L'Assurance Maladie rappelle qu'il s'agissait d'une mesure transitoire et qu'à partir du mois de mai vraisemblablement cette association serait supprimée. Il a donc été demandé à la Caisse de bien vouloir réfléchir pour que cette association d'actes puisse être possible dans certains cas pour le bien des patients. Le Docteur Guillot rappelle que ce qui pose problème est la répétitivité de l'écho. Ce que confirme le Docteur Ziccarelli avec une grande disparité régionale. Si les caisses s'inquiètent ce n'est pas pour les bonnes pratiques, mais pour les déviations. Pour l'instant on est dans la phase éducative et elles se sont engagées à nous envoyer le visuel qui sera remis aux cardiologues par les DAM.
Paiement à la performance ou mieux « la rémunération sur



objectifs de santé publique ». Cette rémunération sur objectifs de santé publique est un moyen d'augmenter les revenus des médecins, tout en sachant que le paiement à l'acte reste la première rémunération du médecin, mais que ce système permet une rémunération en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience pour les médecins qui le souhaitent. Dès maintenant les cardiologues (qui n'ont pas dénoncé la convention avant le 31 décembre 2011) peuvent prétendre au paiement des indicateurs d'organisation du cabinet à condition de télétransmettre pour au moins 2/3 des consultations et actes.

La discussion est ensuite largement ouverte et les points suivants sont abordés : comment va-t-on juger les indicateurs alors que les médecins traitant ne suivent pas toujours les indications des cardiologues ? La valeur des actes risque de ne pas évoluer et il faudra donc être très attentifs et faire savoir que les cardiologues n'accepteront pas une stagnation de la valeur des actes.

Ne pas oublier qu'il s'agit d'une expérimentation pour l'instant, que le travail va évoluer au fur et à mesure, que chaque indicateur est indépendant. ■

La Parole aux Régions

Un tour de table permet à chaque région d'exprimer les problèmes rencontrés localement. A l'issue de ce tour de table il en ressort quelques points principaux :

■ la démographie semble stable, avec même des installations et le cumul emploi-retraite, dans la plupart des régions sauf dans la région Centre, également en Aquitaine en dehors des grandes agglomérations ; mais il faut noter une moyenne d'âge un peu plus élevée maintenant ;

■ les nouveaux installés n'ont pas le réflexe « syndicat » et il faut que chacun se mobilise pour augmenter le nombre de ses cotisants ;

■ d'une manière assez générale se retrouve le problème des urgences et du SAMU qui privilégie les hôpitaux publics par rapport aux structures privées ; il est rappelé qu'il faut avoir une convention écrite avec le SAMU dans laquelle sera mentionné que le choix du patient doit être pris en compte par le SAMU. Ces conventions doivent être validées par les ARS. De ce fait en Lorraine un patient passant devant la clinique pour aller au CHR va porter plainte contre le SAMU pour perte de chances. Le Docteur Ziccarelli souligne son action auprès des ARS pour obtenir des chiffres bien précis quant à l'adressage et a publié des communiqués de presse avec Alliance du Cœur sur ce fait ; depuis il semblerait que cela commence à s'arranger dans certaines régions ;

■ les relations avec les ARS ne sont pas très harmonieuses et pour certaines le Syndicat n'existe pas !

■ pour la cardiologie interventionnelle : les fermetures de services de structures privées au bénéfice de l'hôpital public avec demande faite aux cardiologues libéraux des structures privées de venir exercer à l'hôpital ;

■ en Champagne-Ardenne les libéraux ne sont plus interdits de rythmologie et il s'agit là d'une victoire du Syndicat si maintenant il y a un service de rythmologie en privé et à l'hôpital public ;

■ des problèmes avec des MG qui passent des DU divers et convoquent les patients pour des consultations « spécialisées post-AVC » par exemple ;

■ la mise en place de SROSS a eu des répercussions diverses : soit ignorance du Syndicat, soit travail en commun ;

■ il est à noter la mise en place dans le Grand Ouest (Bretagne et Pays de la Loire) de la sensibilisation des internes à la cardiologie libérale avec le volontariat des deux côtés ;

■ par contre les stages d'internes en milieu clinique sont plus difficiles à obtenir, mais il faudra insister et cela se fera à un moment donné ;

■ certaines régions déplorent l'absence de remplacements faits par les internes ;

■ le Midi-Pyrénées et le Poitou-Charentes seraient volontaires pour essayer de créer des Conseils Régionaux Professionnels de Cardiologies ;

■ enfin les présidents de régions remercient vivement le Docteur Guillot qui les a aidés tout au long de l'année pour résoudre des contentieux. ■

Politique des Centrales en 2011
Le point de vue du SNSMCV

Le Docteur Ziccarelli rappelle que les cotisations que le Syndicat verse chaque année aux centrales sont des cotisations de soutien à la politique des centrales et que le Syndicat attend, en retour, que ces mêmes centrales nous soutiennent et nous aident.

UMESPE – CSMF

Le Docteur Perchicot est membre du Bureau de l'UMESPE, l'UMESPE est une structure qui a un vrai discours politique et qui soutient les cardiologues avec un président, le Docteur Rey, qui est très réactif. Mais ce n'est pas l'UMESPE qui signe la convention, mais la CSMF d'où certaines surprises lors de parutions d'avenants sur lesquels nous n'étions pas au courant !

C'est grâce à Jean-François Rey que la cardiologie a été un pionnier pour le P4P. Le Docteur Ziccarelli soutient les propos du Docteur Perchicot : le Docteur Rey a toujours répondu présent et a soutenu les demandes des cardiologues.

SML

Le Docteur Ayrivié est le représentant des cardiologues au SML, il souhaite que le Syndicat continue à adhérer au SML.
Le Docteur Ziccarelli regrette que le SML soutienne les MEP.

FMF-Spé

Le Docteur Ziccarelli a rencontré le Docteur Hamon qui a pris la direction de la FMF, en sachant que les problèmes juridiques ne sont pas encore réglés et qu'il y a eu création d'une antenne « spécialistes » rivale de celle du Docteur DIB.

Vote des cotisations 2012 aux Centrales

Pour l'année 2012 l'assemblée générale vote le principe de cotisations à l'UMESPE et au SML.

UEMS

Le Docteur Perrard fait le point sur l'UEMS dont le principal but est d'harmoniser la pratique médicale en Europe et surtout le diplôme européen de cardiologie (qui correspond à toute la vie du diplôme avec recertification à la clé).

En pratique la cardiologie française a deux représentants : l'un pour les hospitalo-universitaires, l'autre émanant d'un syndicat pour les libéraux, le Docteur Perrard. ■

Litiges et contentieux

Docteur Vincent Guillot

Le Docteur Guillot, avec son brio habituel, rapporte les litiges de l'année 2011 avec les caisses, les cliniques, les ARS et des demandes d'information.

Les litiges avec les caisses portaient sur les lettres non fournies par le médecin traitant au médecin consultant : ce qui n'est pas obligatoire ; des actes techniques à deux moments différents de la journée : application du code d'association 5 et donc possible, des refus de cotation écho + ECG/2 : ce qui est encore possible pour l'instant, une demande d'indu pour une consultation C0,8 chez un patient hospitalisé le jour d'une coronarographie pratiquée par un autre cardiologue : la jurisprudence est claire en faveur des cardiologues depuis 1990 et l'affaire a donc été réglée rapidement par le Syndicat ; un refus de cumul DE + MPC, la caisse avait raison, mais CS + MCS + DE possible ; refus de remboursement d'un ECG en soins continus à la demande de l'anesthésiste : l'association d'actes s'entend pour le même patient par le même médecin, c'est donc le point sur lequel le Syndicat souhaitait s'appuyer avec information au directeur de la CNAM, au directeur de la CPAM locale, pour l'instant il n'y a pas eu de suite et donc pas de jurisprudence ; le C2 pour un bénéficiaire de la CMU venant avec une lettre du médecin traitant alors que ce dernier n'avait pas été déclaré ; un contentieux en cours : celui de deux actes pratiqués à deux moments différents de la même journée ; un cumul ETT + ED vasculaire : il est rappelé le moratoire actuel ; en Ile-de-France refus d'une ID avec une V2 mais circulaire du 25 mars 2011 sur le C2 « *les frais de déplacement habituels peuvent être facturés en cas de délivrance d'avis ponctuel de consultant au domicile du patient.* » .

Le responsable du DIM d'un établissement privé contestait pratiquement toutes les cotations concernant la rythmologie interventionnelle. Ce responsable avait prévu de demander l'arbitrage de la CPAM locale. Cela concerne la notion de l'acte global et un article est paru dans *Le Cardiologue* n° 345 d'octobre 2011. La Générale de Santé a racheté une clinique, l'a fermé et transfère ses activités dans un autre établissement à une heure de route (en Savoie), ce qui pose problème aux cardiologues de la clinique qui va fermer : ils vont devoir licencier leur infirmière ; leur contrat prévoit des indemnités. Par contre il faut faire attention à la position de la clinique qui risque de dire qu'il ne s'agit pas d'une rupture mais d'une poursuite d'activité. Le Syndicat suit cette affaire qui est en cours actuellement et ne manquera pas, si besoin était, de communiquer sur le sujet.

On peut faire reculer les ARS, mais cela implique de changer totalement notre façon de travailler en ayant en première ligne le syndicat régional, le national ne venant qu'après. Il faut donc pouvoir réunir une cellule de crise régionale rapidement. La principale difficulté est d'être reconnus par l'ARS ; la seule solution est d'établir un rapport de force ; il faut s'attaquer tout de suite au DRAS de façon nominale, faire du bruit avec tous nos partenaires (centrales syndicales, URPS). Les litiges ont des intérêts vitaux pour la cardiologie et il faut donc prévenir les collègues et prévoir un budget de communication. Le Syndicat National lui a un rôle de conseil auprès du régional, intervient auprès des centrales syndicales et du ministère.

Les demandes d'informations sont habituelles, par contre on a eu pour la première fois une question d'un patient qui ne comprenait pas pourquoi il ne pouvait avoir le même jour une écho et un doppler. ■

Cardiologue Presse

Docteur Christian Aviérinos

Le Docteur Aviérinos remercie le Docteur Thébaut. Il rappelle le 1er prix reçu une fois encore pour le meilleur article de formation paru dans les revues de médecine spécialisée : le *Best Of* de janvier 2011 par le Docteur Haïat. Un second article avait été nominé : celui du Professeur Aboyans sur « *Tabagisme et cardiologie* ».

Le Cardiologue est également bien placé au CESSIM d'automne 2011 puisqu'en tête des mensuels sur la cible des cardiologues libéraux et mixtes et la seule revue qui progresse en audience.

Le bilan économique est difficile avec une baisse d'abonnements puisqu'il y a moins de cotisations, mais il y a environ 15 % des cardiologues qui ne s'abonnent pas. Certaines régions ont pratiquement des taux d'abonnement de 100 % et d'autres à 55 %.

- Le site *cardionews* est de plus en plus fréquenté avec une pointe à plus de 70 000 visiteurs uniques/mois au cours de l'année 2011.
- La newsletter.com parvient chaque mois à 4 700 cardiologues.
- Le Docteur Maudière a accepté la responsabilité d'une rubrique « Zoom sur » dans la partie FMC du journal et donc d'entrer dans le comité éditorial.

Un grand danger actuellement : la loi sur le médicament parue le 29 décembre 2011 pèse lourdement sur la presse médicale. Les décrets d'application ne sont pas encore parus. Le Syndicat de la Presse, auquel nous adhérons, a alerté les pouvoirs publics.

La chance du journal *Le Cardiologue* est d'avoir de vrais abonnés et il insiste sur l'importance pour tout cardiologue syndiqué de soutenir le journal en s'abonnant. ■

UFCV : bilan des actions 2011

Docteur Patrick Assyag

Le Docteur Assyag tient à remercier vivement tous les cardiologues qui participent et animent les formations dispensées par l'UFCV.

Le Docteur Assyag rappelle les différentes lettres informatiques qui sont envoyées par l'UFCV : les newsletters, les lettres médico-économiques, les chroniques sur l'éducation thérapeutique et enfin à paraître des lettres sur l'observance thérapeutique.

Cette année les séminaires 2011 ont été réalisés avec 24 thèmes dans le cadre de l'OGC-FPC, 4 thèmes dans le cadre de l'OGC-DPC et 7 thèmes dans le cadre du FAF-PM.

En pratique il y a eu 90 réunions pour 1 200 participants.

Pour le DMP en attente depuis 2004, les cardiologues peuvent ouvrir un DMP à condition d'avoir la dernière version d'un logiciel métier compatible (Hello Doc et CLM pour l'instant) ou par internet sur le site www.dmp.gouv.fr.

La plate-forme METIS poursuit son bonhomme de chemin avec, à ce jour, 2 343 appels à des patients cardiaques ou coronariens pour un suivi d'éducation thérapeutique et de coordination en prévention secondaire. Les résultats donnent des bénéfices positifs ressentis à 6 mois de 83 %.

Le Docteur Assyag parle du programme d'observance thérapeutique au décours d'un syndrome coronaire aigu : il s'agit d'un programme tout à fait innovant qui sera développé en 2012 par l'UFCV.

Le Docteur engage ceux qui ont des logiciels métier corrects à ouvrir des DMP rapidement maintenant.

Questions Diverses

Le Docteur Thébaut a démissionné de son poste d'administrateur. Selon les statuts la désignation d'un nouveau membre est faite lors de l'assemblée générale statutaire suivante, les Docteurs Huberman et Guedj-Meynier, élus à la 41e place, avaient obtenu le même nombre de voix lors de l'élection de janvier 2011. Le Docteur Dominique Guedj-Meynier a donc été désignée au poste d'administrateur après défection du Docteur Huberman en sa faveur.

Le Docteur Ohayon annonce un congrès @Santé avec l'URPS-URML les 9, 10 et 11 novembre 2012 à Bordeaux où les cardiologues seront invités, si certains ont des idées de communication, elles seront les bienvenues. Le Docteur Ziccarelli lui suggère de contacter le Docteur Lucas au CNOM.

Quant au Multaq, il faut suivre les indications de la SFC. Mais il n'est plus remboursé à partir du 1er janvier 2012.

La séance est levée à 18 h 30.

■ *Le Docteur Ziccarelli remercie une fois encore les présents de leur attention et de leur assiduité.* ■

Docteur Eric Perchicot
Secrétaire Général



Cher Confrère,

Nous avons le plaisir de vous informer que l'Agence Européenne du Médicament vient d'accorder à notre spécialité **Procoralan®** (ivabradine) une **nouvelle indication dans l'insuffisance cardiaque chronique stable.**

Procoralan® est désormais indiqué comme :

" traitement de l'insuffisance cardiaque chronique de classe NYHA II à IV avec dysfonction systolique, chez les patients en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque est supérieure ou égale à 75 bpm, en association au traitement standard comprenant les bêtabloquants, ou en cas de contre-indication ou d'intolérance aux bêtabloquants. "

Cette décision fait suite aux résultats de **l'étude de morbimortalité SHIFT**[1] réalisée chez 6 505 patients et publiée dans le Lancet en septembre 2010.

Une demande de remboursement dans cette nouvelle indication va être soumise prochainement.

Dans le cadre de cette modification d'autorisation de mise sur le marché, la contre-indication de **Procoralan®** en cas d'insuffisance cardiaque NYHA III-IV a été supprimée et remplacée par une contre-indication en cas d'insuffisance cardiaque instable ou aiguë.

Nos équipes dédiées à l'information médicale restent mobilisées à votre service pour vous fournir toute information et répondre à toute question éventuelle.

Nous vous prions de croire, Cher Confrère, à l'expression de notre considération distinguée.

Docteur Philippe Gonnard
Directeur Général

1. LK Swedberg, M Komajda, et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *The Lancet.* 2010;376;9744:875-885.

Merci d'adresser toute correspondance au :
Siège social : 35, rue de Verdun • 92284 Suresnes cedex • Tél.: 01.55.72.60.00
S.A.R.L. au capital de 264.000 euros • 402 232 169 RCS Nanterre

SI/DTC/ 12 PA 37 P / 02-2012 / Les Laboratoires Servier

Catherine Sanfourche

Entretien
Pr Albert Hagège

« La cardiologie française doit garder la place importante qu'elle occupe »

Chef du département de cardiologie médicale de l'Hôpital européen Georges Pompidou, le Pr Albert Hagège vient de succéder au Pr Geneviève Derumeaux à la présidence de la Société française de cardiologie. Pour *Le Cardiologue*, il précise les sujets prioritaires qu'il entend défendre durant son mandat.

Quelles vont être vos priorités en tant que nouveau Président de la Société française de cardiologie ?
Albert Hagège : D'abord poursuivre le travail de ceux qui m'ont précédé à la tête de la principale société savante nationale, dont les rôles sont de rassembler, optimiser les pratiques en élaborant des recommandations de prises en charge, contribuer au rayonnement de la recherche nationale et, enfin, permettre aux décideurs de mieux décider grâce à la contribution majeure de la SFC aux registres nationaux. Mais nous vivons actuellement une période difficile, d'abord préélectorale, et d'autre part à la suite des affaires récentes concernant médicaments et prothèses, et de la loi qui a suivi. Des décisions vont être prises concernant le financement des organismes de formation médicale et de la FMC en général. L'idée du législateur n'est pas à l'origine de détruire ce qui fonctionne, mais il faut bien dire qu'un flou certain demeure après la lecture des projets de loi, et nous attendons avec intérêt les circulaires d'application à venir qui devraient éclaircir rôles et obligations de chacun. La SFC maintiendra bien sûr ses activités de formation, le financement de la recherche, en particulier à travers les bourses qu'elle attribue chaque année aux jeunes cardiologues, et la tenue des registres qui regroupent actuellement plus d'un million de patients. L'industrie nous aide pour se faire depuis des années. Elle doit être considérée comme un partenaire, avec au centre de notre intérêt commun le patient. Les Journées européennes de la SFC, congrès organisé tous les ans depuis plus de vingt ans, restent un congrès national phare dans la spécialité, qui, en trois journées, permet aux cardiologues de tirer l'essentiel nécessaire à la mise à jour de leurs connaissances. C'est un congrès qui a une visibilité européenne majeure, et qui donne à la cardiologie française une place importante qu'elle ne doit pas perdre. Les autorités sont conscientes qu'il faut préserver ces activités. Nous devons intégrer les nouvelles réformes à venir, et l'ensemble de la profession, dans toutes ses composantes, doit se rassembler pour faire aboutir ce qui est le mieux pour la cardiologie française. Je suis raisonnablement optimiste.

Il est important que toute la profession regroupée montre où il faut aller pour la cardiologie.

L'êtes-vous de même quant à la création d'un Plan cœur ?
A.H. : C'est une initiative commune de la Fédération Française de Cardiologie, de l'association de patients L'Alliance du Cœur, et de la SFC. La création d'un Plan Cœur dépendra cependant des finances de l'Etat… Mais là encore, il est important que toute la profession regroupée montre où il faut aller pour la cardiologie. Car paradoxalement, la cardiologie s'est un peu fait oublier en raison de ses succès dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de l'infarctus. Mais malgré ces succès, l'insuffisance cardiaque reste le premier motif d'hospitalisation après 65 ans et les maladies cardiovasculaires restent la deuxième cause de mortalité en France. Les autorités doivent être conscientes que, au-delà de ces succès, dus à chacun des cardiologues, il faut aller plus loin et ne pas relâcher l'effort. ■

Repères biographiques

Après des études de médecine à la faculté Cochin et un internat de 18 mois à Lariboisière chez Robert Slama, Albert Hagège est Chercheur en 1986 à la *Harvard Medical School*, aux Etats-Unis, puis travaille en 1987 au laboratoire d'échocardiographie du *Massachussetts General Hospital* à Boston. En 1988, il est chef de clinique à l'hôpital Boucicaut (service du Pr C. Guérot). Praticien hospitalier en 2000 à l'Hôpital européen Georges Pompidou (service du Pr M. Desnos), professeur des universités en 2001, il est aujourd'hui chef du département de cardiologie médicale de l'HEGP. Albert Hagège est membre de l'unité INSERM U633 depuis 2006, et président du Comité cardiovasculaire de la Fondation de France depuis l'année dernière.
Le nouveau président de la Société Française de Cardiologie est membre du Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies de la SFC, centré sur la génétique des cardiomyopathies (créé par M. Komajda et K. Schwartz). Il est à l'origine de l'introduction en France de l'échographie cardiaque sur la souris et de l'échographie tridimensionnelle en clinique, ainsi que d'applications cliniques pionnières de la thérapie cellulaire dans l'insuffisance cardiaque. On lui doit la mise en place d'un réseau transatlantique USA-Europe sur les pathologies mitrales.

Catherine Sanfourche

Dotation Non Affectée (DNA)

Un patrimoine immobilier négligé

Selon un rapport de la Cour des comptes, le patrimoine des hôpitaux non affecté aux soins est méconnu, mal utilisé et mal valorisé.

L'hôpital manque de moyens et est endetté, mais il dort sur un « trésor » non négligeable : son patrimoine immobilier. Fin 2010, la commission des finances du Sénat a demandé à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur la gestion de ce patrimoine. Vue l'ampleur du sujet (!), l'enquête a été restreinte au début de l'année 2011 au patrimoine privé des établissements non affecté aux soins, c'est-à-dire logements, terrains, vignes, etc., appelé Dotation Non Affectée (DNA). Le résultat est un rapport de 130 pages qui conclut que cette DNA est mal connue, mal utilisée et insuffisamment valorisée.

- La première critique porte sur la mauvaise connaissance du patrimoine privé des hôpitaux, liée notamment aux insuffisances de la comptabilité des hôpitaux, qui ne permet pas d'établir une base de données exhaustive pourtant nécessaire à toute stratégie globale.
- La seconde critique a trait à l'utilisation parfois contestable de ce patrimoine. Sollicités, des hôpitaux accueillent dans ces locaux des institutions diverses, liées ou pas aux problématiques de l'établissement. Quant à la politique de logement des personnels, elle est « *mal maîtrisée* », « *insuffisamment encadrée* », et déroge souvent aux règles d'attribution des logements de fonction.
- Enfin, troisième critique, la DNA est le plus souvent « *insuffisamment valorisée* » : locaux loués à bas prix, mal entretenus, sites désaffectés et abandonnés partiellement ou totalement, accueillant des activités de soins ou une activité médico-sociale pour lesquelles ils sont inadaptés, ou encore laissés gratuitement à la disposition de partenaires externes. Alors que « *en moyenne, sur la dernière décennie, les recettes des budgets consolidés retraçant l'exploitation du patrimoine non affecté se sont élevées à 100 millions d'euros par an* » et que les cessions ont procuré en moyenne 70 millions d'euros par an, la Cour des comptes estime que le potentiel de valorisation du patrimoine privé pourrait « *s'inscrire dans une fourchette très large de 1 à 11 milliards d'euros* ».

Pour autant, le président de la 6e chambre de la Cour des comptes, Antoine Durrleman, souligne que les sommes qui pourraient être tirées d'une politique de valorisation de la DNA ne suffiraient ni à combler l'endettement hospitalier (24 milliards d'euros), ni à satisfaire le montant annuel des investissements hospitaliers (6 milliards d'euros). Mais elles pourraient apporter une contribution décisive au montage d'un plan de financement.

La FHP préconise la mise sous administration provisoire des hôpitaux déficitaires

La guerre continue entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Dénonçant « *le manque d'efficience et la désorganisation des hôpitaux* », le président de la FHP-MCO, Lamine Gharbi, estime qu'il faut « *mettre fin au puits sans fond qu'est l'hôpital public avec le surcoût qu'il impose à la collectivité* ». La FHP-MCO demande que soient mis sous administration provisoire tous les hôpitaux dont le déficit est important et durable. « *Quand une clinique privée connaît des difficultés financières, le tribunal de commerce nomme un mandataire pour aider l'établissement à se redresser* », argumente le délégué général de la FHP, Jean-Loup Durousset.



Grischa Georgiew - Fotolia

Locaux loués à bas prix, mal entretenus, sites désaffectés et abandonnés partiellement ou totalement, la Cour des comptes fait le bilan de la gestion du patrimoine immobilier des hôpitaux

Bien évidemment, la FHF dénonce les « *procès d'intention permanents* » faits au secteur public par la FHP. Son délégué général, Gérard Vincent, souligne que les hôpitaux en déficit ne se satisfont pas de cet état de choses, mais doivent faire respecter des règles de gestion, assurer des tâches plus difficiles que les cliniques, et donc faire face à des surcoûts objectifs par rapport au secteur privé.

Contrats performance : un impact économique de 72 millions d'euros

Comme en réponse aux critiques de la FHP, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) fait savoir qu'à la fin décembre 2011, l'impact économique des 25 premiers contrats performance signés avec des établissements hospitaliers s'élevait à 72 millions d'euros provenant des recettes des établissements et d'économies de charges. Ces 25 contrats représentent plus de 10 % des lits de MCO en France et plus de 200 chantiers d'amélioration engagés. Ces chantiers portent sur l'amélioration de la gestion des lits, la réduction des coûts de logistique générale, le développement de la chirurgie ambulatoire, l'informatisation du dossier patient ou encore la réduction des délais de rendez-vous. L'ANAP devrait signer cinq nouveaux contrats d'ici à la fin du mois, préparés dans le cadre de la « vague III » des projets , qui concernera 20 établissements. ■

Catherine Sanfourche

Dossier médical sur clé USB
Des députés pressés



Tous les articles de la loi Fourcade n'ont pas été censurés par le Conseil constitutionnel l'été dernier. Parmi les « rescapés », l'article 30 prévoit, d'ici au 31 décembre 2013, l'expérimentation d'un dossier médical implanté sur une clé USB pour un échantillon de patients souffrant d'une ALD, sous l'égide de l'Asip Santé. Mais le décret qui devait paraître avant le 12 octobre 2011 est toujours attendu, et les députés porteurs du projet, dont Jean-Pierre Door, s'impatientent. Les partisans de cette solution l'estiment plus sûre que le DMP sur Internet, « *dont l'hébergeur unique s'apparentera à un nouveau* "Big Brother", selon Gérard Bapt (PS, Haute-Garonne). A contrario, ses détracteurs le jugent anachronique et selon, le Dr Jean-Jacques Fraslin, webmaster du blog « *Observatoire des technologies et des systèmes d'information de santé* », avec le dossier médical sur clé USB, le DMP devient l'acronyme de « *Dossier Médical Piéton* »…

Surpoids, maladies cardiovasculaire et diabète
3 priorités pour l'Alsace

Après 18 mois de réflexion et de concertation, l'ARS d'Alsace a bouclé son Projet Régional de Santé (PRS). Il décline 15 priorités du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) autour de quatre axes. Le premier de ces axes vise à diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité en Alsace. Avec trois priorités : diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents, prévenir et limiter les complications du diabète et le l'HTA, et améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires, responsables de plus de 4 000 décès annuels dans la région.

L'Ordre est prêt pour le « Sunshine Act »



« *Grâce à l'informatisation de notre service, nous sommes en mesure de publier chaque année tous les contrats passés entre les médecins et les industriels, mais aussi le montant de leur rémunération* », a indiqué le président de l'Ordre, Michel Legmann, à l'occasion de ses vœux à la presse. Selon l'article 2 de la loi de renforcement de la sécurité sanitaire de décembre 2011, les entreprises pharmaceutiques ont l'obligation, depuis le 1er janvier dernier, de rendre publics les avantages et rémunération versés aux acteurs de santé. Elles doivent aussi communiquer à l'Ordre pour avis toute convention conclue avec des professionnels de santé ou des étudiant en médecine, et le tenir informé de leur mise en œuvre.

Contrat d'objectifs et de performance pour l'INPES



L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé a signé avec l'Etat son premier contrat d'objectifs et de performance pour trois ans (2012-2014). Il comprend cinq grandes orientations stratégiques. L'INPES doit définir les stratégies de prévention, de promotion et d'éducation à la santé les plus adaptés pour contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé.
Il doit aussi organiser et renforcer la compétence scientifique au service de l'institut, et développer son rôle de référent pour faciliter la déclinaison régionale par les ARS de cette politique nationale. L'INPES devra également renforcer ses capacités de réponse en situation d'urgence sanitaire, renforcer son efficience et optimiser son fonctionnement pour l'adapter aux choix stratégiques et aux enjeux futurs.

Les dépenses hors soins de l'Assurance Maladie



A la demande du Sénat, la Cour des comptes a menée une étude sur les dépenses de l'Assurance Maladie hors prise en charge des soins. Un « *agrégat de dépenses extrêmement diverses par leur nature comme par leur importance* » qui se monte à 21 milliards d'euros. Une somme dont il convient de soustraire les quelque 13 milliards de contribution de régime général depuis 2006 à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). « *Le montant réel des dépenses hors soins se monte à 8,2 milliards d'euros, à comparer aux 140 milliards de prise en charge des soins*, a souligné Antoine Durrleman, président de la 6e chambre de la Cour des comptes, lors de son audition par le Sénat. Et la quasi-totalité de cette enveloppe de 8,2 milliards La majorité de ces dépenses *est en relation avec l'Assurance Maladie* ». Elle abonde notamment le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS) et le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) et, parmi les recommandations que formule la Cour des comptes, deux concernent la clarification des périmètres de ces deux fonds. Quatre autres recommandations ont trait à « *la façon dont pourrait être réexaminée la prise en charge conventionnelle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux* », qui fait partie de ces dépenses hors soins à hauteur de 2 milliards d'euros.
A ce sujet, Antoine Durrleman a dit la crainte de la Cour des comptes que le secteur optionnel, qui se traduira par une prise en charge supplémentaire de cotisations au profit des médecins de secteur 2 qui le choisiront, « *n'attire que des praticiens pratiquant des dépassements peu fréquents et peu élevés* ».

Catherine Sanfourche

Témoignages

La cardiologie en quatre dimensions

Ils ont tous les quatre choisi la cardiologie comme spécialité, mais le premier est clinicien et exerce seul dans un cabinet de ville, le second pratique la cardiologie interventionnelle dans le secteur privé. Le troisième a choisi l'hôpital public pour pouvoir, notamment, enseigner, et le quatrième a opté dès son internat pour la recherche cardiovasculaire nécessaire à la compréhension des pathologies et le développement de l'innovation. Ils parlent de leur parcours et témoignent du sentiment qu'ils ont d'être reliés les uns aux autres par-delà la diversité de leurs pratiques.

Dr Gérard Granger – cardiologue de ville

« Je ne regrette pas mon parcours, mais c'est du passé »

Installé à Issoudun (Indre), le Dr Gérard Granger y exerce la cardiologie de ville en solo depuis 1979. Un choix qu'il ne regrette aucunement, mais qu'il ne réitèrerait pas s'il devait s'installer aujourd'hui.

Pouvez-vous nous décrire votre activité ?

Gérard Granger : J'exerce seul dans un cabinet de ville, à Issoudun, où je suis le seul cardiologue et, trois heures par jour, j'exerce à l'hôpital, où je suis aussi le seul cardiologue. Mon activité hospitalière représente à peu près un tiers de mon temps de travail. Au début de mon activité hospitalière, je m'occupais de tous les malades de cardiologie ; aujourd'hui, je n'ai plus de secteur personnel à l'hôpital où je fonctionne comme un consultant, c'est-à-dire que je réponds à la demande de tous les services qui me sollicitent pour un avis cardiologique. Mais j'ai obtenu qu'un cardiologue de l'hôpital de Châteauroux vienne à l'hôpital d'Issoudun une demi-journée par semaine pour des consultations externes.

Avec le recul, êtes-vous satisfait de ce mode d'exercice ?

G.G.: Je ne regrette pas du tout mon parcours. Ici, ce n'est pas la vie trépidante d'une grande ville. Issoudun est un gros village où tout le monde se connaît ; je vais à l'hôpital en 5 minutes et je ne sais pas ce que c'est qu'un embouteillage ! C'est le choix d'un mode de vie. J'ai voulu que mon cabinet jouxte ma maison pour pouvoir avoir une vie de famille, et mon épouse est ma secrétaire. Mais cela, c'est du passé. Aujourd'hui, bien sûr, je ne viendrais pas m'installer tout seul ici dans une ville de 15 000 habitants et qui en draine 20 000. Je m'installerais dans une grande ville avec des associés. Mais j'ai vu une variété de cas et de situations extraordinaires, dont s'était étonné un chef de clinique aujourd'hui chef de service à l'hôpital. J'ai fait de la « belle » médecine, je me suis « régalé » de ce point de vue. La vie a changé, la cardiologie a évolué, et je comprends tout à

Dr Gérard Granger
« La vie a changé, la cardiologie a évolué, et je comprends tout à fait que les jeunes confrères n'aient pas envie de se retrouver tout seuls dans leur coin. »

Nombre de cardiologues et leur répartition

	Hôpital public	Etab. privé ESPIC	Etab. privé lucratif	Centre de santé	Cabinet individuel	Cabinet de groupe ou société	Remplaçants*	Prévention	Autre secteur	Total
Cardiologie et maladies vasculaires	1 996	210	439	92	1 171	2 065	199	17	424	6 613

DREES 2012 – Rapport Daniel Sicart février 2012, les médecins au 1er janvier 2012.

fait que les jeunes confrères n'aient pas envie de se retrouver tout seuls dans leur coin. Je travaille de 8h30 à 21h30 voire 22h00. Exerçant seul, on n'a pas le droit d'être fatigué, malade, ailleurs ! Mais j'ai 63 ans, et je ne suis pas sûr du tout de trouver un successeur quand je partirai d'ici trois ans. La population devra aller consulter à Châteauroux ou à Bourges. Le cabinet de trois cardiologues de Châteauroux cherche un autre associé depuis quatre ans, et ne l'a toujours pas trouvé…

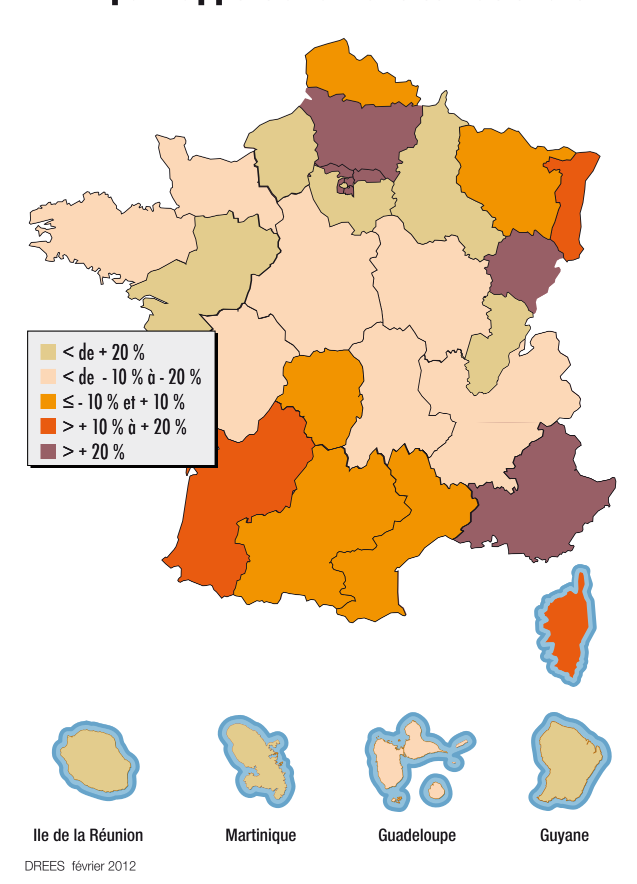
Aviez-vous envisagé l'évolution de la cardiologie quand vous vous êtes installé ?

G.G.: Oui, j'avais un peu l'idée de l'évolution du métier. L'échographie cardiaque en était à ses débuts, et des techniques émergeaient qui ont profondément transformé l'exercice. J'ai d'ailleurs beaucoup fait pour me maintenir au top. En trente ans, j'ai renouvelé toutes mes connaissances, et je continue à participer à des formations, à des congrès. Il faut être de plus en plus performant.

Quels liens avez-vous avec vos confrères cardiologues, libéraux ou hospitaliers ?

G.G.: Dans l'ensemble, mes relations avec mes confrères se sont toujours bien passées, et j'ai toujours trouvé à discuter avec eux. Je n'ai pas trop senti mon isolement. Aujourd'hui, certains de mes collègues sont en coordination plus formelle avec des généralistes du sud du département, en recourant notamment à la vidéotransmission sur des cas particuliers, et il est certain que nous allons évoluer vers cela. ■

Densité de cardiologues par région en 2012 par rapport à la densité nationale



Dr Olivier Fichaux – cardiologue interventionnel dans le secteur privé

« Il faut en finir avec les antagonismes d'hier »

Cardiologue interventionnel à la clinique de La Reine Blanche, à Orléans, le Dr Olivier Fichaux y a trouvé la liberté de s'exprimer professionnellement. Mais il n'entend pas pour autant alimenter le conflit public/privé, un « combat d'arrière-garde », selon lui.

Dr Olivier Fichaux
« Le seul point noir réside dans ce conflit entre le public et le privé, qui résulte d'ailleurs surtout de l'ignorance des uns pour ce que font les autres.»

Comment avez-vous été amené à pratiquer la cardiologie interventionnelle, et à le faire dans le cadre de l'hospitalisation privée ?

Olivier Fichaux : Le choix de la cardiologie interventionnelle est le fruit du hasard. J'ai choisi la spécialité de cardiologie, et ensuite, ce sont des opportunités qui ont fait que je me suis dirigé vers cette pratique. J'avais tous les diplômes qui me permettait d'exercer comme praticien hospitalier, mais il se trouve que parallèlement, j'ai été contacté pour travailler dans le privé. Et en fait, c'est la gestion hospitalière, devenue du grand « n'importe quoi » après l'entrée en vigueur des 35 heures qui m'a fait opter pour le secteur privé. A plus long terme, l'hôpital ne me permettait pas d'arriver à m'exprimer ; dans le privé, je peux prendre des initiatives – faire des vidéos pédagogiques pour mes patients, par exemple- sans être entravé par la bureaucratie, je peux mieux affirmer ma personnalité. A l'hôpital, on est dépendant de la hiérarchie dans laquelle il n'est pas facile de trouver une place.

Quels sont vos rapports avec vos autres confrères cardiologues ?

O. F. : L'organisation est harmonieuse avec les cardiologues de ville. Nous ne consultons pas à la clinique et nous ne voyons que les patients qu'ils nous adressent. Avec l'hôpital, les relations sont moins faciles. Par exemple, nous avons créé le CRAC (Club Régional des Angioplasticiens du Centre) où nous échangeons sur des cas cliniques entre confrères du privé et du public, et nous déplorons que nos confrères d'un des hôpitaux de la région aient

du mal à y participer. Mais il s'agit de combats d'arrière-garde qui n'appartiennent pas à ma génération. Au sein du CRAC, mes confrères, qu'ils soient du public ou du privé, n'ont pas la mentalité à se dénigrer les uns les autres, et c'est une très bonne chose. Nous devrions travailler ensemble et nous respecter. Et ce n'est pas toujours le cas, malheureusement. Mais encore une fois, je crois que ce sont des antagonismes d'hier qui disparaissent dans les jeunes générations.

L'argument financier a-t-il compté dans votre choix du privé ?
O. F. : Certes, l'aspect financier est entré aussi en ligne de compte. Le salaire est plus important dans le privé que dans le public, à ceci près que dans le privé, l'achat de parts dans une société représente une prise de risque et qu'il y a toujours des craintes inhérentes à l'activité. Cela étant dit, à la clinique de La Reine Blanche, nous sommes neuf cardiologues, nous exerçons tous en secteur 1 et nous fonctionnons en SCP, c'est-à-dire que nous nous mettons les recettes en commun, que nous touchons un salaire identique en fin de mois et que nous nous répartissons les dividendes en fin de mois, s'il y en a. La cardiologie invasive, qui génère le plus d'argent, ne profite donc pas à ceux qui la pratiquent, mais à tous. L'attrait financier du privé ne rentre donc pas en ligne de compte. A titre indicatif, je gagne presque 2,5 fois moins que ce que je produis. Mais ce système est optimal pour ce qui est de la prise en charge du malade : ce ne peut jamais être l'intérêt financier qui prévaut dans les décisions.

Vous êtes donc pleinement satisfait de votre exercice ?
O. F. : Je n'ai aucun regret. J'ai la chance de faire le métier que je fais. Il a des contraintes énormes, il est assez stressant et parfois même angoissant, mais c'est un métier valorisant. J'ai fait ce que je voulais faire, mes choix n'ont pas été des choix par défaut, mais toujours des choix positifs. Le seul point noir pour moi réside dans ce conflit entre le public et le privé, qui résulte d'ailleurs surtout, je crois, de l'ignorance des uns pour ce que font les autres. Il faut que les gens arrêtent de ne penser qu'en fonction de leur pré carré. ■

Pr Daniel Herpin - Enseignement et soins en hôpital public

« On ne peut pas perdre ses idéaux au contact de jeunes internes »

PU-PH au CHU de Poitiers, le Pr Daniel Herpin a assuré les trois valences de la fonction. Ces dernières années, l'enseignement occupe une place prépondérante dans son activité.

Comment s'est fait votre cheminement vers cette fonction de PU-PH que vous assumez au sein du CHU de Poitiers ?
Daniel Herpin : Travailler dans un CHU était pour moi l'occasion privilégiée de travailler en équipe et la possibilité d'aller très naturellement vers la recherche et l'enseignement. Ces objectifs me semblaient difficiles à atteindre en dehors de l'hôpital public. J'ai eu la chance de pouvoir m'engager dans cette voie et d'avoir les réponses à mes attentes. Etre PU-PH, c'est assumer trois valences – soins, recherche et enseignement – auxquelles il convient d'en ajouter une quatrième, et qui a pris de plus en plus d'importance ces dernières années, la valence « administrative », c'est-à-dire la participation à divers comités et commissions, dans lesquels il importe de faire entendre notre point de vue. Toutes ces activités ont leur intérêt et l'on attend des médecins qu'ils s'impliquent dans toutes.
Or, nous travaillons beaucoup, mais il est difficile de tout faire dans tous les domaines, et les PU-PH privilégient en général une ou deux de ces valences. Personnellement, lorsque j'étais PH, j'étais très impliqué dans le soin, je faisais beaucoup de recherche clinique, et un peu d'enseignement au lit du patient. J'ai fait ensuite davantage de recherche et d'enseignement.
Et depuis dix ans, je suis surtout très investi dans l'enseignement. Je m'occupe notamment du DES de cardiologie au niveau national. L'investissement dans l'une ou l'autre activité est affaire de conjoncture et de goût personnel. Ce qui est certain c'est que la fonction de PU-PH offre une riche diversité modulable. Cela restera-t-il ainsi ? Ce n'est pas sûr.

Pr Daniel Herpin
« je crois beaucoup aux vertus de la formation partagée au sein des EPU pour maintenir ces échanges entre tous les cardiologues. »



Comment voyez-vous l'évolution de cette fonction ?
D. H. : On ne peut échapper à l'évolution de la société vers la performance. L'avenir des CHU – et leur présent, d'ailleurs – est d'aller vers l'excellence. Cela implique que cette modulation des différentes valences soit dirigée et efficiente. Dans le domaine de la recherche, par exemple, cela signifie que le profil des enseignants-chercheurs-médecins se rapproche de celui des enseignants-chercheurs, et que certains d'entre nous fassent de la recherche à temps plein, en constituant des équipes pour ce faire. Cependant, dans un hôpital, la priorité est de répondre à la demande de soins, d'assurer la PDS, de répondre à l'urgence. L'équilibre entre soins, enseignement et recherche est donc à organiser au sein de grandes équipes.

En tant que PU-PH, quels sont vos rapports avec vos confrères



cardiologues libéraux ? L'hyperspécialisation qui se développe en cardiologie n'est-elle pas un frein à la coordination entre les différents praticiens ?

D. H. : A Poitiers, peut-être parce que le CHU n'est pas très important, les liens avec le privé sont bons et les échanges se passent bien. Nous avons tous nos correspondants en ville, des cardiologues comme des médecins généralistes. Avec l'hyperspécialisation, il est vrai que le risque de segmentation existe, mais il n'est pas inévitable, et les échanges doivent être maintenus. D'ailleurs, les interconnexions existent, et, par exemple, le rythmologue intervient pour resynchroniser un ventricule après le diagnostic posé par l'échocardiographiste. En outre, je crois beaucoup aux vertus de la formation partagée au sein des EPU pour maintenir ces échanges entre tous les cardiologues.

Vous êtes donc optimiste quant à l'avenir ?

D. H. : Oui, tant qu'il y aura dans les hôpitaux et ailleurs des personnes qui auront envie de donner le meilleur d'eux-mêmes et d'échanger. Je crois plus aux hommes qu'aux institutions ! J'ai la chance de par ma fonction d'être chaque année au contact d'étudiants et d'internes au début de leur carrière, et si par hasard mes idéaux devaient s'effriter, je serais très vite remotivé ! On n'a pas le droit de baisser les bras face à des jeunes avides de réponses. ■

Pr Hervé Le Marec – Recherche et soins

« Croiser les savoirs est essentiel »

Professeur à l'université de Nantes et directeur de l'Institut du Thorax, unité mixte INSERM, le Pr Hervé Le Marec a opté dès son internat pour la recherche, qu'il ne conçoit pas déconnecté de la cardiologie clinique.

Comment avez-vous choisi de vous orienter vers la recherche ?

Hervé Le Marec : J'ai fait ce choix très tôt au cours de mon internat, à la fin des années 1970, alors même que l'organisation de la recherche n'était pas aussi claire qu'elle l'est aujourd'hui. Je considérais que les médecins devaient s'investir dans ce domaine, pour comprendre les pathologies et parce que sans recherche il ne peut y avoir de développement et d'innovation. J'ai donc passé un DEA au cours de mon internat et soutenu une thèse de science en fin d'internat. Puis je suis parti travailler aux Etats-Unis dans un laboratoire de recherche, car à Nantes, il n'y avait pas de recherche cardiovasculaire. Ensuite, dans les années 1990, avec Denis Escande, professeur à Orsay et cardiologue de formation, nous avons fusionné nos équipes pour créer l'Institut du Thorax, qui a démarré avec 15 personnes et qui en compte 150 aujourd'hui, ce qui signifie que nous avons quelques moyens ! C'est une belle structure, qui fonctionne bien, avec une belle production de connaissances.

Pr Hervé Le Marec « les politiques veulent de l'immédiateté, et la recherche s'inscrit dans le long terme… »

Comment maintient-on le lien avec les autres confrères cardiologues lorsqu'on est chercheur ?

H. L.-M. : J'ai eu un cursus normal de cardiologue et j'ai été chef d'un service de 110 lits jusqu'à un passé très récent où j'ai cédé la place à un jeune confrère. La recherche n'est pas un domaine isolé, au contraire, elle doit être très proche des préoccupations cliniques, et répondre correctement aux questions non résolues. L'Institut du Thorax réunit soins, enseignement et recherche. Le besoin de croiser les savoirs est essentiel, et il existe un continuum entre recherche clinique et recherche fondamentale.

Par la recherche, nous apportons des connaissances et des nouvelles pratiques qui ont des applications dans la pratique quotidienne de tous les cardiologues. Certes, nous manions des concepts que les cardiologues de ville ne gèrent pas au quotidien, mais il leur est facile de s'apercevoir que leurs pratiques et leurs prescriptions aujourd'hui résultent de recherches menées dix ou quinze ans plus tôt. Malheureusement, je considère qu'aujourd'hui la recherche cardiovasculaire est le parent pauvre en France par rapport à d'autres pays. Elle reçoit peu de soutien institutionnel par rapport à d'autres domaines, et peine donc à faire émerger des sujets de recherche fondamentale.

Un Plan cœur améliorerait-il cette situation selon vous ?

H. L.-M. : je suis favorable à un meilleur financement et une meilleure organisation de la recherche cardiovasculaire, mais je me méfie du tronçonnage par « plan ». Si c'est la seule solution, pourquoi pas, mais je ne suis pas sûr que la défense par catégorie et l'hypertrophie d'un secteur de recherche par rapport à d'autres soit une bonne chose. Il importe de structurer la recherche autour des grands organismes existants en se posant la question : « *Où sont les grands enjeux de société ?* ».

Nous sommes face au problème majeur d'une population qui vieillit avec des maladies chroniques qui engendrent des coûts de santé énormes à partir de 60-65 ans. Investir massivement dans des outils de prévention et de dépistage de ces maladies chroniques est un enjeu crucial pour notre société, et c'est ce que nous nous efforçons de faire. Mais très peu de moyens sont investis pour cela. Cela relève de décisions politiques. Or, les politiques veulent de l'immédiateté, et la recherche s'inscrit dans le long terme… ■

Pascal Wolff

Tous à vos tablettes !
La nouvelle révolution de l'informatique

La sortie de l'Ipad3 montre à quel point les tablettes vont inonder le marché et remplacer, dans un premier temps, les ordinateurs domestiques.

Le grand atout d'Apple, et de son défunt Président Steve Jobs, c'est ce don d'être visionnaire. La firme à la pomme a su anticiper, grâce à son approche marketing basée sur l'innovation, les besoins des utilisateurs, et imposer ses produits dans notre vie de tous les jours. Souvenez-vous de l'Apple II, premier ordinateur personnel produit en grande série qui a su révolutionner à sa façon l'informatique grand public. Puis sont venus l'iPod, l'iPhone, l'iPad.

L'iPad, dernier-né des réflexions de Cupertino, pourrait donner un sérieux lifting dans les années à venir à l'ordinateur tel que nous le connaissons aujourd'hui. Bien sûr, nous n'en sommes qu'aux versions 2 ou 3, mais les puissances augmentent, les mémoires prennent de l'essor et la communication fait fi de la 3G pour passer à la 4G *(1)*.

L'ère du numérique bat son plein, grâce d'une certaine façon à Apple qui a su créer nos besoins, et donner aux récalcitrants de l'informatique, l'occasion (enfin) de toucher à la haute sphère d'internet.

Une copie des années 1990

Car ce qui se passe dans le marché des tablettes aujourd'hui n'est qu'une copie de ce nous avons vécu depuis les années 1990. Le PC de bureau réservé aux sociétés a investi nos domiciles, et les tablettes vont à leur tour se charger d'envahir nos maisons.

Car les tablettes nous proposent de nouveaux usages, à l'instar des smartphones qui servent bien plus à se servir des applications qu'à téléphoner. L'immense avantage des tablettes est simplement la mobilité, l'ergonomie et la récupération aisée des informations. On retrouve en quelque sorte les concepteurs qui ont voulu créer l'informatique facile pour les incultes du clavier, ceux qui n'auraient jamais cru un jour pouvoir surfer. Et tout cela va bien plus loin, car ils pourront également regarder avec aisance leurs albums photos, piloter leur écran de télévision, voir la météo ou la Bourse, lire des revues en les téléchargeant directement, etc., et ceci avec une facilité déconcertante.

Le réveil des dinosaures

Apple a finalement réveillé tout le monde depuis la sortie de sa première tablette (on pourrait d'ailleurs pousser la réflexion en se disant que la première tablette était l'iPhone lui-même). Les autres constructeurs se sont engouffrés dans la brèche, avec plus ou moins de bonheur et d'innovations ; les éditeurs de jeux, de livres, de musique, ont également suivi, car le marché est gigantesque. Le futur est à leurs pieds. Libération des contraintes d'impression et de distribution, rapidité de mise en place, l'information devient bien plus rapide et change la donne du monde tel qu'on le vit actuellement.

Alors ces tablettes, me direz-vous ? que valent-elles comparées aux ordinateurs portables ou de bureau ? La réponse n'a pas franchement de valeur, car tout dépend de l'usage dont vous allez en faire. Pour les fonctions de base que sont le mail, la consultation de sites, la lecture de vidéo, le visionnage de photos… la tablette est parfaitement adaptée (c'est-à-dire l'usage courant). Elle vous suit partout, est solide, ne subit pas les contraintes physiques des disques durs, a un système dédié et stable. En la connectant à vos propres appareils personnels (télévision, chaîne hifi, instruments de musique…) via wifi ou Airplay *(2)* (Denon, entre autres, communique via Airplay), votre tablette devient la source principale de votre maison. Ne manquent plus que la chaudière ou l'alarme (mais ça existe déjà chez Somfy) et vous voilà devant une domotique personnalisée et extrêmement puissante.

Le force est avec elle

La force de la tablette est qu'elle peut convenir à tous les membres d'une même famille, chacun ayant ses propres applications. Dès le mois prochain, nous vous proposerons un tableau des différentes marques afin de vous repérer dans ce qui commence à devenir une pléthore de matériel et d'applications.

Les applications

Les constructeurs, Apple en tête, ont pris les devants de la scène en proposant leurs applications via leur propre store (Apple-Store, Android Market, Archos Appslib, etc.). Il faudra faire attention à l'offre, car vous dépendrez d'elle pour le futur de votre usage. Archos par exemple, en voulant créer sa structure, a eu bien du mal à générer du flux de qualité au départ, malgré l'appel fait aux développeurs. Apple, toujours elle, caracole en tête avec un nombre impressionnant d'Apps. Elle a l'immense avantage d'avoir été la première (toujours cette idéologie de la vision du futur) à avoir créé l'AppleStore pour un certain… iPhone. ■

Une fois n'est pas coutume… Apple à contre-courant en Chine

C'est en Chine qu'il faut aller pour voir Apple à la traîne sur son concurrent direct Samsung. En ne détenant que 7,5 % du marché intérieur chinois des smartphones, Apple se place au cinquième rang. Samsung, quant à lui, en détient 24,3 %.

Apple n'aurait pas voulu signer de partenariat avec China Mobile qui utilise une norme 3G particulière et qui aurait demandé une modification de l'iPhone, interdisant du coup d'approcher une partie du milliard de Chinois possédant un téléphone mobile.

Autre coup dur, Apple n'a pas été capable de suivre la très forte demande de l'iPhone 4S et le manque d'appareils a indirectement profité à… Samsung (et autres constructeurs).

(1) La 4G installée dans l'iPad3 fait grand bruit. Les Etats-Unis et l'Europe n'ayant pas les mêmes bandes de fréquence, l'iPad3 tel qu'il est actuellement n'est pas compatible avec les bandes qui seront déployées en France. La prise en charge devrait se faire par une mise à jour. Des précisions seront apportées prochainement.
(2) Airplay est le système de communication sans fil d'Apple.

Vincent Guillot

Délais de rendez-vous

Un arrêt préoccupant de la

Par un arrêt du 6 octobre 2011 prononcé à l'encontre d'un ophtalmologiste, la Cour de Cassation a estimé que la surcharge d'un cabinet médical ne constitue pas une excuse pour refuser d'avancer un rendez-vous.
Au-delà de la conclusion, il convient de lire et d'analyser en détails les termes de cet arrêt qui pourraient concerner des cardiologues.

Déroulement des faits

M. X. est diabétique.
Il a consulté le Dr Y., ophtalmologiste, en 1993, 1998, 2000, et, la dernière fois, le 7 janvier 2002. Il n'est pas constaté alors de rétinopathie diabétique.
Le texte de l'arrêt précise que M. X. est négligent dans son suivi médical.
En mai 2002, il présente des troubles visuels. Il n'obtient pas de rendez-vous auprès du Dr Y. avant mai 2003. Il n'est pas précisé s'il y avait eu ou non intervention du médecin traitant pour avancer la date.
En novembre 2002, M. X. consulte son médecin traitant qui l'adresse à un autre ophtalmologiste. Celui-ci le voit le 27 février 2003, et diagnostique une rétinopathie diabétique oedémateuse proliférante bilatérale, compliquée d'une hémorragie du vitré à gauche, nécessitant plusieurs traitements et interventions qui laisseront subsister d'importantes séquelles.

Procédure

■ Saisie par M. X. de la CRCI (Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales), qui conclue en la responsabilité du Dr Y.

■ Indemnisation de M. X. par l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales), qui se retourne ensuite contre le Dr Y. et son assureur.

■ Décision de la Cour d'Appel de Versailles (14 mai 2010) condamnant le Dr. Y.

■ Arrêt du 6 octobre 2011 concluant à une faute du Dr Y. et le condamnant à verser une somme de 3 000 € à l'ONIAM (les sommes réclamées par la Cour d'Appel étaient bien plus importantes) et de 2 000 € à la CPAM.

Griefs formulés contre le Dr Y.

■ Surcharge du cabinet qui, pour la Cour, ne constitue pas une excuse.

■ Ne pas avoir dirigé le patient vers un autre confrère (mais existe-t-il des ophtalmologistes ayant des délais rapides ?).

■ Ne pas avoir respecté la périodicité annuelle des contrôles préconisée par les recommandations. Il est à noter que la Cour reconnaît qu'il s'agit d'un patient négligent, qui n'aura consulté que quatre fois entre 1993 et 2002, mais c'est le médecin qui est reconnu comme responsable !

■ Ne pas avoir tenu compte de la négligence du malade qui aurait nécessité une intensification de la surveillance. Mais comment est-il possible de faire prendre ses rendez-vous périodiques à quelqu'un qui ne le souhaite pas ? En outre, il s'agit ici d'un spécialiste qui travaille en accès secondaire, à la demande du médecin traitant, et il n'est pas déontologiquement habituel de « relancer » les patients qui restent libres de consulter ou non.

■ Ne pas avoir anticipé les complications qui étaient prévisibles car, est-il précisé dans le jugement, elles surviennent après un délai de 10 ans d'évolution de la maladie. Or, on était arrivé à l'échéance de ces 10 ans et la Cour en tire la conclusion que ne pas avoir tenu compte de ce délai « *constitue une faute certaine à la charge de ce praticien.* » Il s'agit quand même d'une conception très mathématique de la prévision médicale, très éloignée de l'expérience quotidienne.

■ Ne pas avoir tenu compte de l'aggravation du diabète et de l'hypertension artérielle. La Cour estime « *que le fait que d'autres médecins n'aient pas répercuté au Dr Y.* » les informations concernant M.X. « *est dénué de pertinence* » pour sa défense.
Comment le Dr Y. aurait-elle pu connaître cette évolution des facteurs de risque chez ce patient qui, rappelons-le, ne l'avait consulté que quatre fois en neuf ans ? La Cour a sa réponse : « *elle devait s'enquérir de ce facteur d'aggravation* ».

■ Au total, ne pas avoir exercé une surveillance adaptée à l'état du patient.

> ***« Les motifs de condamnation, totalement déconnectés de la vie réelle, n'inciteront certainement pas les jeunes médecins à s'installer pour améliorer l'offre de soins. »***

Commentaires

Les délais de rendez-vous des cardiologues n'atteignent pas ceux des ophtalmologistes, mais ils deviennent critiques, et cet arrêt de la Cour de Cassation pourrait très bien les concerner.

Il faut évidemment déplorer l'apparition de listes d'attente chez certains spécialistes. On doit regretter ce retard de diagnostic et ses conséquences. On comprend bien sûr les interrogations que cela suscite.
Néanmoins, ce jugement va bien au-delà de ce problème. Il ne faut pas se contenter d'en lire la conclusion et il faut l'analyser en détail, car les motifs de condamnation de notre confrère sont effrayants. Ils dénotent une méconnaissance totale de la pratique, et sont totalement déconnectés de la

a Cour de Cassation

vie réelle, de sorte que l'on ne voit pas comment trouver des mesures préventives, surtout avec un patient négligent.

Les juges ont refusé de tenir compte des spécificités du spécialiste en accès secondaire, qui ne voit un patient que de façon occasionnelle (quatre fois en neuf ans ici), qui ne dispose pas des informations au jour le jour dont dispose le médecin traitant, et n'a pas les possibilités de contacts rapprochés et répétés qui permettent d'avoir une influence sur le comportement du malade.

Ils ignorent les différentes études qui démontrent que beaucoup de patients ne suivent pas les conseils qui leur sont donnés. Il ne faut pas en tirer des conclusions culpabilisatrices à leur égard, mais on ne peut pas non plus en rejeter la responsabilité sur un médecin.

Il y a eu effectivement, par rapport à une prise en charge satisfaisante, un certain nombre de dysfonctionnements, mais tous les éléments du dossier ont été relevés à charge contre notre confrère alors que, sur la plupart d'entre eux, il n'avait pas la possibilité d'intervenir.

Le tableau relaté ici est fréquent en pratique cardiologique. Nous ne sommes pas dans le cadre de l'urgence horaire, ou même de l'urgence du jour, pour lesquelles l'attitude est bien codifiée, avec possibilité d'adresser le malade vers des structures publiques ou privées adaptées.

Il s'agit ici de la situation très imprécise d'une demande de rendez-vous « rapide », que nous rencontrons de plus en plus souvent en raison de l'anxiété légitime des patients due à nos délais et de plus en plus difficile à satisfaire compte tenu de la lourdeur de nos horaires journaliers et hebdomadaires. Dans une même ville, les délais sont sensiblement identiques, ce qui rend illusoire de diriger le patient vers un autre confrère.

Quelques pistes (bien insuffisantes) pour limiter ce risque médico-légal

- Prévoir chaque semaine des plages de rendez-vous qui ne sont libérées que quelques jours auparavant, sur des critères à définir (appel du médecin traitant, patients que l'on sait fragiles…). Résister à la tentation de les remplir trop vite constitue un défi redoutable pour les secrétaires.
- Mentionner dans la lettre les recommandations de suivi et préciser que l'on en a informé le patient (mais celui-ci, dûment informé, reste libre de les respecter ou non).
- Cultiver les contacts avec les correspondants pour recueillir le maximum d'informations.

Ces précautions nécessaires risquent de se montrer bien insuffisantes si les tribunaux s'engagent dans la voie ouverte par cet arrêt de la Cour de Cassation.

Une enquête de la DREES a montré que les médecins libéraux ont les horaires de travail les plus lourds de leur catégorie socioprofessionnelle. Pour beaucoup de cardiologues, il se surajoute des gardes, la nuit ou le dimanche.

Ce n'est pas avec de telles décisions que l'on incitera les jeunes médecins à s'installer pour améliorer l'offre de soins. ■

Extraits de l'arrêt de la Cour de Cassation

“ Aux motifs propres que Monsieur Alain X. présentait bien au jour de l'examen du 7 janvier 2002 un tableau de nature à imposer à Madame le Docteur Y. la mise en place d'une surveillance accrue…alors même que la rétinopathie n'avait pas été constatée. ”

“ que lorsque le diagnostic d'un diabète est posé, un bilan ophtalmologique est recommandé… une fois par an, et une fois par semestre ou trimestre en cas de rétinopathie modérée ou sévère. ”

“ que le fait que d'autres médecins n'aient pas répercuté au Docteur Y. l'information… est dénué de pertinence. ”

“ qu'il convient de juger que le défaut de mise en place du contrôle accru recommandé dans un tel contexte, à cette date, qui correspondait sensiblement à l'échéance du délai de dix ans, constitue une faute certaine à la charge de ce praticien. ”

“ qu'elle (le Dr Y.) ne devait pas ignorer que Monsieur X., qui ne se soignait pas de façon rigoureuse, puisqu'il ne l'avait consulté que quatre fois en quatre ans, les 25 novembre 1993, 31 juillet 1998, 21 septembre 2000 et 7 janvier 2002, fait constant, n'avait pas suivi de régime durant toutes ces années, elle devait s'enquérir de ce facteur d'aggravation, et dans tous les cas, prévoir une surveillance accrue. ”

“ que la surcharge des cabinets ne constitue pas plus une excuse. ”

“ que selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), en vigueur au moment des soins délivrés par le Docteur Y. à Monsieur X., « un bilan ophtalmologique, effectué par un ophtalmologiste, doit être pratiqué dès le diagnostic puis une fois par an chez le diabétique de type 2 non compliqué ». ”

“ que la surveillance de Monsieur X. par le Docteur Y. n'a pas été satisfaisante ni conforme aux bonnes pratiques ; qu'il (il s'agit de l'expert) note en effet que Monsieur X. n'a pas bénéficié d'une surveillance annuelle du fond d'oeil depuis sa prise en charge par l'ophtalmologue en 1993. ”

“ qu'ainsi, il est avéré que le Docteur Y. n'a pas exercé une surveillance adaptée à l'état de son patient ? ”

 Christian Ziccarelli

Arc et Senans, une manufacture royale

La saline d'Arc et Senans, classée au patrimoine mondial de l'UNESCO depuis 1982, est surprenante à plus d'un titre. L'aspect visionnaire de son architecte, Claude-Nicolas Ledoux, dont on découvre les maquettes réunies au sein d'un musée qui lui est consacré, n'a pas fini de vous étonner de par sa modernité.

Claude-Nicolas Ledoux

Claude-Nicolas Ledoux, fils de Claude Ledoux, marchand et de Françoise Dominot, naît à Dormans, dans la Marne le 27 mars 1736. Il fait ses études à Paris. Passionné de dessin, il suit les cours d'architecture enseignés par Jacques-François Blondel, et reçoit les conseils de François Trouard, grand admirateur de Palladio, qui avait une prédilection pour les ordres grecs en les adaptant pour créer une architecture originale. Ledoux est l'auteur de nombreuses œuvres, mais rares sont celles qui sont parvenues jusqu'à nous, citons outre la saline d'Arc et Senans, le château de Benouville, les bâtiments subsistants de l'enceinte de Paris (les colonnes du bureau d'octroi, place de la Nation ; la rotonde de Monceau ; la rotonde de Reuilly ; l'octroi de la Villette…), qui étaient une barrière fiscale et douanière voulue par la Ferme Générale. Il fut un architecte particulièrement inventif, en avance sur son temps. Il travaille les perspectives avec une utilisation intensive de maquettes. Le nombre d'or pour les proportions entre les pleins et les vides, les colonnes et les entrecolonnements, donne à ses projets des qualités d'invention inédites pour son époque. Pour parfaire son éducation, il voyage de 1769 à 1771 et devient membre de l'Académie en 1773 grâce à la protection de Madame de Pompadour. A la révolution, il cherche désespérément des protections, considéré comme suspect par le tribunal révolutionnaire, il est incarcéré puis finalement libéré sous le Directoire. Il publie un premier volume sur « l'architecture » en 1804, mais il faudra attendre 1847 pour que l'ensemble de ses écrits et plans soit enfin publié en deux volumes (l'architecture de C-N. Ledoux), sa mort étant survenue le 18 novembre 1806.



La saline d'Arc et Senans

Située dans le département du Doubs en Franche-Comté, entre Besançon et Dole, la saline d'Arc et Senans est un témoignage unique dans l'architecture industrielle. Destinée à la production de sel, elle fut construite entre 1775 et 1779 par un architecte de génie. A l'époque, beaucoup d'écrivains, de philosophes et d'artistes rêvaient d'une cité « idéale » alliant esthétique et bonheur de vivre en son sein.

Maison des banniers.





Maison du directeur

Claude-Nicolas Ledoux, recevant le titre d'inspecteur aux salines de Lorraine et de Franche-Comté en 1771, reprend à son compte cette idée. Il décide que « *son usine serait accouplée à une ville d'une conception nouvelle qui intègrerait dans une même harmonie le travail des hommes, mais aussi leur vie sociale et familiale* ». Des édifices monumentaux sont disposés en demi cercle. Au centre la maison du directeur est conçue comme un temple classique précédé d'un péristyle imposant. De son lieu d'habitation, il pouvait ainsi brasser d'un seul regard l'ensemble du lieu. « *… Il faut tout voir, tout entendre, il faut que l'ouvrier ne puisse se soustraire à la surveillance de ses chefs par la faveur d'un pilier…* »*

Sur les côtés du portail d'entrée sont disposés l'atelier des tonneliers, des maréchaux et diverses habitations pour les berniers (ouvriers du sel), chacun ayant une grande chambre avec cheminée et un petit lopin de terre. Tous les bâtiments sont séparés les uns des autres pour éviter la propagation des incendies. La maison du directeur est en forme de temple dorique, précédé d'un péristyle imposant. Une esthétique originale où les seuls éléments décoratifs sont des urnes disposées sur les façades d'où ruisselle le sel, se figeant comme un morceau de glace. Cette architecture colossale et magnifique** est très inspirée de Palladio et de Piranèse.

e du XVIIe siècle

Produire le sel

L'eau salifère, « la saumure », parcourt deux canaux parallèles dits « saumoducs », faits de troncs de sapin évidés dits « bourneaux » sur une distance de 24 km de Salins (val d'Armour) à Arc et Senans. Emboîtés les uns dans les autres, cerclés par des frettes en fer pour assurer leur solidité, ces canaux restaient toutefois d'une étanchéité toute relative nécessitant de fréquents remplacements. Arrivées dans le bâtiment de graduation, les eaux salifères subissent une première évaporation dans des gouttières. Le sel est ensuite recueilli dans un grand réservoir où il est acheminé vers les bernes (bâtiments des sels). On procède au dessèchement de la saumure dans des poêles par réduction de l'eau durant environ 48 heures. Les cristaux de sel sont ensuite transportés dans un autre bâtiment pour un ultime séchage et être mis en forme soit en grains, soit en pains). Ne l'oublions pas, le sel avait à cette époque une importance capitale, il permettait aux populations de garder les denrées alimentaires et ainsi de se nourrir pour l'hiver. Le roi disposait d'un droit monopole et prélevait sur sa vente un impôt « la gabelle ».

Quand le sel devient symbole

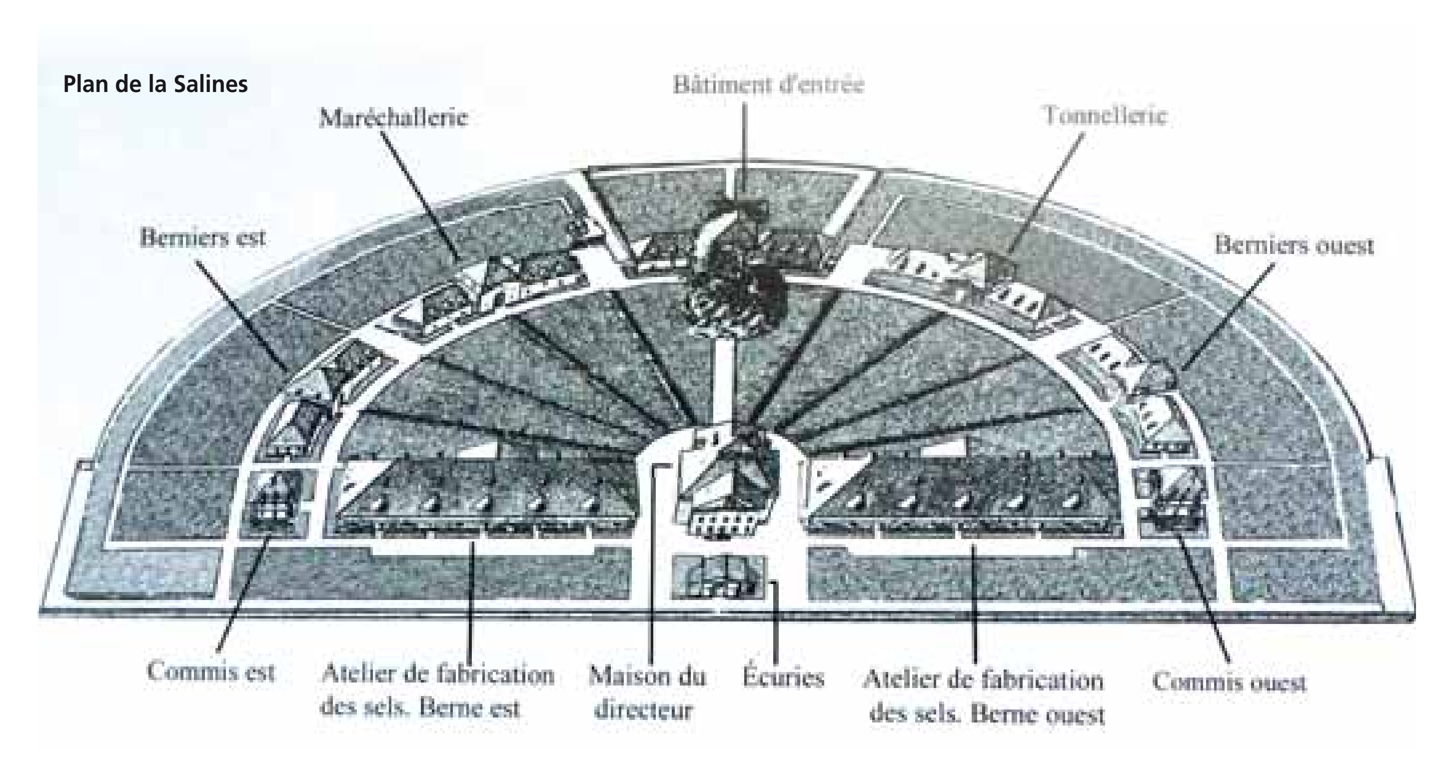
Dès le début de la civilisation, le sel passa pour une substance mystérieuse dotée de pouvoirs surnaturels. C'est à l'aide du sel extrait des eaux primordiales, barattées par sa lance, qu'Izanagi (divinité masculine japonaise) constitua la première île « centrale » : l'Onogorojima. La vertu purificatrice et protectrice du sel est utilisée dans la vie courante nippone où sa récolte fait l'objet d'un important rituel. En Egypte, on le répandait à poignées autour d'une place assiégée pour attiser la soif chez les défenseurs. A Sodome et Gomorrhe, pour avoir bafoué son serment, l'épouse de Loth fut changée en statue de sel. Il symbolise aussi l'incorruptibilité, « Le Lévitique » (2,13) fait allusion au sel qui doit accompagner les oblations, en tant que sel de « l'alliance », tout sacrifice doit en être pourvu. Consommer ensemble le pain et le sel signifie, pour les Sémites, une amitié indestructible. Il est, aussi, évoqué dans la liturgie baptismale, comme « sel de la sagesse » et par là même le symbole de la nourriture spirituelle. Chez les Hébreux toute victime devait être consacrée par le sel. Dans l'Antiquité quand un hôte accueillait un visiteur, il lui offrait sur le seuil de sa demeure un morceau de pain et une pincée de sel en signe de bienvenue. L'absence de sel sur la table des Romains est non seulement une faute de goût, mais aussi un signe de mauvais présage. En Franche-Comté, après les relevailles, les mamans allaient présenter leur nouveau-né à leur voisine. Celles-ci offraient à l'enfant un œuf signe de santé, une pincée de sel symbole de sagesse. En Bresse, lors de la nuit de la Saint-Jean, les filles jetaient une pincée de sel dans le brasier. S'il se mettait à crépiter, elles étaient assurées de trouver un mari dans l'année. En Franche-Comté et dans le Jura Suisse, le soir de Noël, on disposait sur une table douze parts d'oignon saupoudrées de sel. Les portions sur lesquelles le sel avait fondu indiquaient le mois de l'année où le temps serait pluvieux. On raconte qu'à l'époque de Bernard Palissy, les épouses insatisfaites salaient dans l'ombre complice des alcôves, leurs maris impuissants au bon endroit pour leur redonner vigueur. La salière renversée est considérée comme un signe de malédiction, ce que n'a pas manqué de peindre Léonard de Vinci dans sa célèbre Cène de Milan.

** Claude-Nicolas Ledoux : Rapport joint à « ses vues et perspectives »*

*** « Claude-Nicolas Ledoux dans son aspiration à rendre les hommes meilleurs et plus heureux, prévoyait dans son projet, non seulement l'installation d'un marché, de bains, de terrains de jeu pour les enfants, mais aussi une maison des plaisirs, sorte de temple phalloïde où seraient étalés les excès de vices pour mieux les fustiger » (1).*

[1] La fabuleuse histoire du sel. André Besson. Collections Archives vivantes. 1998.
[2] Claude-Nicolas Ledoux : l'œuvre, la vie. La Taillanderie 2006.

Plan de la Salines



Yves Carat

La santé et le sens de l'humain
Santé, Egalité, Solidarité

Coordonné par les Professeurs Jean-François Mattéi et Claude Dreux, l'ouvrage a été présenté à l'Académie nationale de médecine le 18 janvier 2012 lors d'un colloque consacré aux inégalités de santé.

On connaît bien Jean-François Mattéi, ancien Ministre de la Santé, professeur de génétique médicale, membre de l'Académie nationale de médecine, ancien ministre de la santé et actuel président de la Croix-Rouge française. C'est à l'occasion de la publication de son dernier ouvrage intitulé « humaniser la vie » qu'il rencontra Claude Dreux, ancien Président de l'Académie nationale de pharmacie, professeur émérite de biochimie, membre de l'Académie nationale de médecine et président du comité d'éducation sanitaire et sociale de l'Ordre des pharmaciens.

Tous deux envisagèrent de concevoir ce livre dans l'espoir que, selon la jolie formule utilisée par Claude Dreux, « *l'humanisation de la santé participe à humaniser la vie* ».

Ce dernier dresse un constat particulièrement sévère : les progrès scientifiques et technologiques souvent mal maîtrisés deviennent peu à peu une fin en soi aux dépens du sens de l'humain et de la nécessité de replacer l'individu au centre des préoccupations des soignants, sans renier pour autant les progrès des sciences biomédicales, qui ont tant fait pour la progression de la santé depuis 50 ans.

Jean-François Mattéi n'est pas en reste, qui, dans son introduction, dénonce la déshumanisation de la médecine, en partie liée aux « servitudes techniques » où le « savoir-faire remplace de plus en plus le savoir tout court », mais aussi aux servitudes économiques où la recherche de l'efficience entraîne la médecine « sur les rivages de la maîtrise comptable ».

L'enseignement de l'humanisme aux futurs professionnels de santé

Pour illustrer leur démonstration, les auteurs ont fait appel à plusieurs personnalités éminentes, connues pour leur approche plus humaniste de la santé, qui formulent au fil des chapitres une série de recommandations sur les réformes nécessaires, à l'intention des décideurs de notre pays.

Plusieurs thèmes majeurs alimentent leur réflexion.

L'enseignement de l'humanisme aux futurs professionnels de santé, certes en principe déjà dispensé dans les 33 facultés de médecine, doit être abondamment remanié, en modifiant notamment les critères de sélection des futurs médecins, et insistant lors des stages hospitaliers sur les pratiques d'humanisme et de bientraitance des patients.

Il en est de même de l'éducation pour la santé à l'école, où tout reste à faire ou presque, selon les auteurs, notamment sur la connaissance des facteurs influençant la santé, ou la lutte contre les comportements à risque tels le tabac, l'alcool, la suralimentation…

L'un des chapitres les plus emblématiques est sans doute celui qu'a rédigé le Pr Pierre Bégué, sur la vaccination : alors que le bénéfice individuel et collectif des vaccins n'est pas réellement contestable (prévention de la maladie pour la personne vaccinée et diminution ou élimination de la maladie grâce à la généralisation de la protection), la contestation face aux risques connus ou supposés des vaccinations est toujours aussi vive. Là aussi, pour l'auteur, l'information commence à l'école tout autant qu'auprès des médecins et des médias.

Les grands débats de société

Les autres sujets abordés sont autant de grands débats de société qui touchent à des thèmes aussi primordiaux que sont la prise en compte de la douleur, l'amélioration du niveau des connaissances des troubles mentaux et des toxicomanies, la lutte contre les inégalités sociales de santé, et bien d'autres tout aussi passionnants.

Ce sont les deux auteurs eux-mêmes qui reprennent la plume en fin d'ouvrage pour dresser une synthèse des recommandations proposées au fil des chapitres et plaider à nouveau sur la nécessaire réconciliation entre le sanitaire et le social.

On ne saurait trop recommander ce livre à tous ceux qui s'élèvent contre la dérive technocratique de notre système de santé et qui regrettent que nos établissements de soins et parfois nos confrères centrent parfois leur activité sur la maladie plus que sur le malade. ■



Sous la direction des Professeurs :



Jean-François Mattéi



Claude Dreux

Editeur : Springer Verlag France

Parution : 15 décembre 2011 – 315 pages – Prix : 15,00 €

Terre Inconnue Sylvie 2006

Vin de table S. Creus 34400 Saint-Sériès

Quelle chance que Robert Creus, le génie de Saint-Sériès, soit totalement ignoré par les grands guides œnologiques, car sa toute petite production ne pourrait satisfaire le raz-de-marée des innombrables amateurs qui découvriraient ses magnifiques cuvées !
Sa réputation reste donc, heureusement, confidentielle et c'est grâce à un caviste averti, François Adam (57 Plappeville), que j'ai pu connaître ses vins enthousiasmants.

Robert Creus, chimiste de formation, ancien bourlingueur, a toujours été un grand dégustateur, connu sur les forums internet pour ses avis très tranchés. C'est en 1996 qu'il se lance dans l'aventure « Terre Inconnue », dans son esprit : joyau à protéger (n'était-ce pas prémonitoire de la série télévisée « Terra Nova » ?), lorsqu'il achète quelques ares de vieux carignans qu'il complètera progressivement par le grenache, la syrah et, plus récemment, tempranillo et serine (cépage rare ancestral de la syrah). Il est maintenant propriétaire d'un petit vignoble de 4 ha morcelé autour de Saint-Sériès au nord de Lunel dans l'Hérault.

Un phalanstère familial

Le travail s'effectue en famille avec l'aide de ses parents et, en particulier, de Lucien, son père, qui cultive méticuleusement les vignes avec une ferveur de jardinier, ce qui permet à Robert de continuer à travailler à temps partiel à la chambre de commerce du Languedoc. Ce phalanstère familial s'exprime dans la dénomination des cuvées : Los Abuelos, les grands-parents en espagnol, Sylvie du nom de son épouse.
Robert Creus, refusant tout carcan administratif, commercialise tous ses vins sous la simple appellation « vin de table français », mais il faut reconnaître que ses grandes cuvées : Leonie pur carignan, Los Abuelos 100 % grenache, et Sylvie 50 % syrah, 50 % serine ne peuvent prétendre à la classification AOC-Languedoc.
La vigne pousse sur un terroir argilo-calcaire recouvert, sur certains sites, de galets roulés comme à Châteauneuf. La viticulture est raisonnée, mais les Creus refusent les contraintes Bio, désherbant et traitant chimiquement, lorsque cela leur apparaît justifié, une vendange au vert est habituellement effectuée limitant les rendements, généralement à 20, 25 hl/ha et, de façon drastique, à 10 hl/ha pour la cuvée Sylvie. La date des vendanges est soigneusement déterminée par Robert sur la maturité des raisins, et plus encore des pépins, lorsqu'il croque un goût de noix. La récolte, évidemment manuelle, est faite en petites cagettes, pour éviter l'écrasement des grains.
Les grappes, éraflées à 70 %, bénéficient d'un léger sulfitage à la réception. La fermentation par parcelles est longue sur 4 semaines avec remontage manuel, pigeage léger, mouillage quotidien du chapeau.
A la mise en barriques, vins de presse et de jus sont assemblés, l'élevage avec 30 à 50 % de bois neuf pour la cuvée Sylvie est long : 18 à 24 mois, sans soutirage. La mise en bouteille au grès du patron s'opère, sans collage, ni filtration.

> ***« Qui sait déguster ne boit plus jamais de vin, mais goûte des secrets »***
> *Salvador Dali*

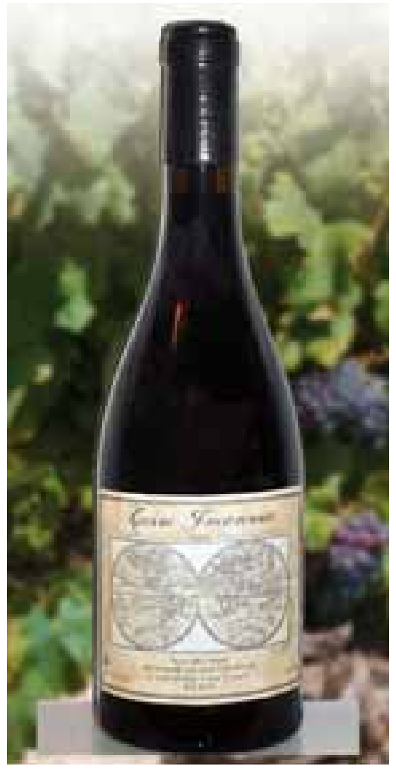
Une explosion de saveurs

Parée d'une robe grenat légèrement trouble du fait de l'absence de filtration, cette « Terre Inconnue Sylvie 2006 », pur syrah et serine, est explosive : des parfums de fleurs dominées par la violette, de cassis, d'épices : poivre blanc, noix de muscade, submergent le nez. La bouche riche, glycérinée, soyeuse exprime des arômes prégnants de cacao et de jus de viande accompagnés par des tanins crayeux serrés, mais d'une finesse voluptueuse. La finale chaleureuse, liée au degré alcoolique, reste fraîche, minérale avec une caudalie impressionnante.
Ce vin hors norme, monstre de puissance emballé dans un écrin de taffetas, pourrait, à mon avis, être comparé au mythique Côte-Rôtie La Turque…

En accord avec le Languedoc

La richesse et l'exubérance de ce vin pourraient faire craindre des alliances difficiles avec les mets, mais délicieuse surprise, il va, au contraire, s'adapter et s'accorder avec de nombreuses préparations et, en premier lieu, la grande cuisine languedocienne : daube gardianne, côte de sanglier aux poires, tripes languedociennes, cassoulet aux fèves. Un faisan Souvaroff aux truffes et foie gras, un lièvre en saupiquet l'épouseront avec délice.
Grâce à ces plats, si le fruité et la structure de Sylvie restent marqués, ses tanins semblent plus fondus, son caractère généreux a tendance à s'effacer, sa composante cacao devient moins imposante.
Mais, plus rustiquement, un poulet aux herbes de Provence, un lapin aux olives, un navarin d'agneau lui feront fête.

Laissons conclure Robert Creus : « *à force de critiquer les vins des autres, il me fallait réaliser le mien* ». Effectivement, l'essai est un coup de maître et échappe à toute critique. ■



Extension d'AMM européenne pour Procoralan dans l'insuffisance cardiaque

Le groupe Servier a annoncé dans un communiqué publié le 17 février 2012 l'obtention d'une extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne centralisée de son antiangoreux Procoralan (ivabradine).

Procoralan est désormais également indiqué dans le « *traitement de l'insuffisance cardiaque chronique de classe NYHA II à IV avec dysfonction systolique, chez les patients en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque est supérieure ou égale à 75 battements par minute, en association au traitement standard comprenant les bêtabloquants, ou en cas de contre-indication ou d'intolérance aux bêtabloquants.* »
Cette extension d'indication fait suite à un avis favorable du Comité des médicaments à usage humain (CMUH) de l'Agence européenne du médicament (EMA) lors de sa réunion de décembre 2011.
Procoralan était jusqu'à présent indiqué dans le traitement symptomatique de l'angor stable chronique chez l'adulte coronarien en rythme sinusal, rappelle-t-on.
Dans son communiqué, Servier précise que « dans le cadre de cette modification d'AMM, la contre-indication de Procoralan en cas d'insuffisance cardiaque NYHA III-IV a été supprimée et remplacée par une contre-indication en cas d'insuffisance cardiaque instable ou aiguë.
Le groupe ajoute qu' « *une demande de remboursement dans cette nouvelle indication va être soumise prochainement* ».

Actilyse

Autorisation d'extension de la fenêtre thérapeutique de 3 heures à 4 heures 30, dans le traitement de l'AVC ischémique à la phase aiguë

Actuellement, Actilyse (altéplase, rt-PA) est la seule option thérapeutique autorisée pour les patients à la phase aiguë de l'AVC ischémique.

La rapidité d'instauration de la thrombolyse demeure fondamentale et permet d'accroître le bénéfice pour les patients souffrant d'un AVC ischémique, lors de la phase aiguë.
Boehringer Ingelheim France a annoncé l'obtention de l'allongement de la fenêtre thérapeutique d'Actilyse jusqu'à 4 heures 30 (au lieu de 3 heures précédemment) après l'apparition des premiers symptômes, dans le traitement fibrinolytique de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique à la phase aiguë, après exclusion préalable d'une hémorragie intracrânienne.
Cette extension d'AMM est en accord avec les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2009 spécifiant que « la thrombolyse intraveineuse par rt-PA des infarctus cérébraux est recommandée jusqu'à 4 heures 30 après l'apparition des premiers symptômes ».
Par ailleurs, dans le cadre de cette procédure, l'Afssaps a demandé une modification des conditions de prescription et d'utilisation du médicament de façon à permettre l'instauration et le suivi du traitement sous la responsabilité d'un médecin formé et expérimenté en pathologie neurovasculaire. Les dispositions initiales prévoyaient que seuls les spécialistes en neurologie étaient autorisés à prescrire ce traitement dans l'indication de l'AVC ischémique à la phase aiguë.
L'extension d'AMM d'Actilyse se fonde sur les résultats de l'étude ECASS 3 *(European Cooperative Acute Stroke Study)*, qui ont été publiés dans le New England Journal of Medicine en septembre 2008. L'étude ECASS 3, essai randomisé en double aveugle, contrôlé contre placebo, a démontré pour la première fois que la thrombolyse par Actilyse peut augmenter les chances de survie, avec un handicap nul ou mineur après un AVC ischémique, lorsque le médicament est administré pendant une fenêtre thérapeutique étendue de 3 à 4 heures 30 après l'apparition de symptômes. Cette étude a inclus 821 patients dans 15 pays européens.

XXIIes Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie

Remise de la Bourse de recherche « Les syndromes coronaires aigus » par Daiichi Sankyo France et Lilly France

Sous la présidence du Pr Geneviève DERUMEAUX, les laboratoires Daiichi Sankyo France et Lilly France ont remis la Bourse de recherche de la Société Française de Cardiologie (SFC) sur le thème « Les syndromes coronaires aigus », samedi 14 janvier 2012, dans le cadre des Journées Européennes de la SFC.

Le jury, présidé par le Pr Philippe-Gabriel STEG, a décerné cette bourse d'un montant de 20 000 € au Dr Johanne SILVAIN, cardiologue, Chef de Clinique Assistant, Hôpital Pitié Salpêtrière à Paris, pour son travail intitulé « Néphropathie induite par les produits de contrastes dans le traitement des infarctus du myocarde traités par angioplastie primaire : marqueurs diagnostiques et pronostiques ».

Après avoir décerné dès 2007 trois prix récompensant des travaux de recherche sur le thème de l'agrégation plaquettaire, Daiichi Sankyo France et Lilly France ont poursuivi leur engagement depuis, avec notamment la remise d'une bourse de recherche de la SFC sur la maladie coronaire et des prix récompensant des posters dans les congrès de cardiologie interventionnelle.

Une évaluation du télésuivi des défibrillateurs implantables plus tôt que prévu n'est pas exclue (HAS)

La Haute Autorité de Santé (HAS) espère pouvoir initier l'évaluation du télésuivi des défibrillateurs et stimulateurs cardiaques implantables prochainement, comptant sur la mise à disposition imminente des résultats d'une étude médico-économique française.

La HAS a annoncé début février au Conseil national professionnel de la cardiologie, qui l'avait saisie sur ce sujet, qu'elle n'avait pu l'inscrire à son programme de travail 2012, mais qu'il pourrait l'être dans le programme 2013. Cette décision a suscité l'incompréhension des professionnels, soulignant un manque de cohérence alors que les dispositifs possédant un système de télésuivi sont remboursés et que la télémédecine est un chantier prioritaire.

D'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), bien qu'intéressée par le sujet, ne l'a pas jugé prioritaire, et la HAS a décidé à partir de 2012 de ne traiter que les saisines d'évaluation émanant de l'Uncam et non des sociétés savantes, afin que ces évaluations soient suivies d'effet en termes de remboursement.

D'autre part, « nous allons avoir des productions sur l'évaluation de la télémédecine », et il ne faut pas que cela interfère avec la télécardiologie, souligne à l'APM Jean-Patrick Sales, directeur de l'évaluation médicale à la HAS.

Mais surtout, les données françaises sur le bénéfice médico-économique de cette stratégie, évalué dans une étude financée dans le cadre du programme de soutien aux technologies innovantes et coûteuses (Stic), ne sont pas encore disponibles.

Elles devraient l'être « à très brève échéance », estime-t-il, et à partir de ce moment-là, l'Uncam pourrait remonter le niveau de priorité de ce sujet et saisir la HAS.

Boston Scientific annonce la première implantation et la commercialisation du stent promus élément™ Plus en Europe

Le stent coronaire en platine-chrome avec système de mise en place optimisé est désormais disponible en Europe et dans d'autres pays

Boston Scientific Corporation (NYSE : BSX) annonce la première implantation et la commercialisation en Europe de PROMUS Element™ Plus, stent coronaire en platine-chrome à libération d'everolimus.

Ce nouveau stent, qui associe l'alliage platine-chrome et le design innovant du stent PROMUS Element, bénéficie d'un système optimisé de mise en place conçu pour faciliter le traitement des patients atteints d'une maladie coronaire. La société prévoit de débuter immédiatement la commercialisation du produit dans un certain nombre de pays, européens ou relevant de la règlementation du marquage CE. Le plein lancement interviendra au cours du deuxième trimestre.

Le stent PROMUS Element, commun au système de stent PROMUS Element et au système de stent PROMUS Element Plus, est constitué d'un alliage platine-chrome breveté, spécifiquement conçu pour le stenting coronaire, offrant une visibilité renforcée, un moindre retour élastique, une excellente conformabilité et une force radiale plus élevée. Le stent PROMUS Element Plus bénéficie d'une technologie avancée de système de mise en place à bas profil, avec un ballonnet bicouche conçu pour assurer une mise en place précise du stent dans les lésions compliquées et pour diminuer la compliance du ballonnet pendant son inflation de façon à faciliter le déploiement du stent à haute pression.

La société a obtenu le marquage CE du stent PROMUS Element en 2009 et du stent PROMUS Element Plus en 2011. Aux Etats-Unis, le stent PROMUS Element Plus a été approuvé par la FDA (Food and Drug Administration) en 2011.

Nouvelle charge du LEEM contre l'évaluation des médicaments en France

Le LEEM (Les Entreprises du Médicament) a de nouveau critiqué l'évaluation faite en France des nouveaux médicaments notamment par la Commission de la transparence (CT), jugeant que la situation s'était détériorée en 2011, lors d'une conférence de presse consacrée au progrès thérapeutique l'année dernière.

Ses responsables ont ainsi relevé un « décalage » entre l'homologation de médicaments innovants aux Etats-Unis et en Europe et la reconnaissance insuffisante selon eux du progrès thérapeutique par la suite en France.

« *2011 fut une année excellente en innovation, avec 48 nouveaux médicaments approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) américaine et 41 par l'Agence européenne du médicament (EMA), contre une vingtaine par chaque agence en 2010* », a déclaré Patrice Zagamé, président de la commission des affaires scientifiques du Leem et président de Novartis France.

Pour autant, la France n'a pas été une « *terre d'accueil pour l'innovation thérapeutique* » en 2011, a-t-il déclaré.

La CT n'a attribué qu'une seule note d'amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau I (majeure), aucune de niveau II (importante), cinq de niveau III (modérée) et 17 de niveau IV (mineure), l'essentiel des médicaments ne s'étant pas vu accorder d'ASMR (niveau V).

En conséquence, pour la première fois en sept ans, le Leem a décidé de présenter son bilan des innovations thérapeutiques en s'appuyant non sur les notes d'ASMR de la CT mais sur les AMM européennes. « Il y a un réel divorce de concept », a déclaré Patrice Zagamé.

Le dirigeant a évoqué un blocage du dialogue avec les autorités sur l'innovation thérapeutique et sa définition, et réaffirmé le sentiment d'un manque de lisibilité des critères d'évaluation, fréquemment mis en avant par le Leem.

Il a aussi évoqué un « *contexte peu propice au progrès* », avec « *une suspicion permanente de conflits d'intérêts à tous les étages* », mais aussi une « *profusion d'incohérences* » liées à la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et son application.

En outre, le Leem souligne que la France est de moins en moins pays rapporteur dans le cadre de l'évaluation des médicaments en vue de leur Autorisation de Mise sur le Marché au niveau européen, soit par décision de l'EMA de ne pas confier de nouveaux dossiers à la France, soit, pour les procédures décentralisées, parce que les industriels ne choisissent pas la France.

les petites annonces

Associations et cessions

AC-350-1 - **ANGERS (49)**. cause départ retraite 07/2012, cabinet de 4 cardiologues cherche un successeur. Locaux récents dans important pôle de consultations multidisciplinaires à qq pas d'une clinique OMC de 340 lits avec UPATOU, scanner, IRM, labo analyses. Toutes activités non invasives de consultation. Possibilité exercice dans clinique pour hospit. non invasive et pose PM. Compétence vasculaire et pédiatrique appréciées. Contact : t.legendre@free.fr

AC-350-2 - **Ile de la Réunion**. Cède cabinet de cardiologie. Tél 06 93 30 93 61. mail : amirantesse@hotmail.com

AC-349-1 - **Région toulousaine**. Cardiologue, cabinet privé et clinique, recherche associé. Tél 05 61 92 50 06.

AC-349-2 - **Marseille 8e**. Retraite juin 2012, cèdons cabinet de cardiologie. Explorations non invasives. Drs Gaudy et D'Journo Tél : 04 91 76 04 83 – 06 09 12 99 80.

AC-349-3 - **Orléans (45)**. Cardiologue libéral cherche successeur pour 2013. SCM de 3 cardiologues. Importante patientèle. Toutes activités non invasives avec EE au sein de la clinique. Dr Dufour : 06 70 75 32 05.

AC-349-4 - **Clermont-L'Hérault (34)**. Cardiologue libéral au sein d'une SCP recherche confrère en vue d'une succession pour raison de santé. Pratique au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, locaux neufs, RDC et parking privé. Explorations non invasives. Vacations hospitalières CHU Montpellier. Excellentes conditions de travail. Cadre de vie exceptionnel au bord du lac du Salagou, 30 km de Montpellier et de la mer. Contact : 06 70 07 06 15 ou calvayrac.guy@wanadoo.fr

AC-348-1 - **Métropole Lille (59)**. Recherche successeur (sans apport) d'un associé pour une activité libérale de cardiologie. Consultant et toutes explorations non invasives. Contact : 06 80 87 86 85.

AC-348-2 - **Dreux (28)**. Cause départ retraite, cardiologue cède gratuitement juin 2012 clientèle tenue 35 ans dans cabinet de groupe. Explorations non invasives et PM. Tél le soir 06 12 58 68 68.

Vente matériel

VM-350-1 - Cardiologue vend **échocardiographe Kontron imagic**, mis en service septembre 2007, **sonde cardiaque, vasculaire, imprimante HP** : prix 4 000 €. Tél 06 06 40 96 21.

VM-348-1 - Cardiologue vend **Echocardiographe Philips Endvisor C**.I. mis en service janvier 2008, sondes cardiaque, vasculaire et Pedoff, reprographe Sony 897. Exc. Etat. Prix 8 000 €. Tél 01 30 73 04 45.

Location

L-348-1 - **Paris**. Propriétaire loue, pour cabinet pluridisciplinaire, 210 m² en 1er étage quartier Opéra 30 m de Mogador. Informations et plan Jean Guermont. Dom 0143730957. Mail : jeanlucguermont@gmail.fr

Bulletin d'abonnement



Je souhaite m'abonner à la revue Le Cardiologue

❍ Prix spécial adhérents au syndicat, à jour de cotisation :
70 € *(Joindre un justificatif d'adhésion à votre réglement)*

❍ Tarifs normaux : France : 140 € ❍ CEE hors France : 160 € ❍ Tout autre pays : 275 €

Le chèque doit être établi à l'ordre de Cardiologue Presse

Nom.................................Prénom.................................

et/ou Société.................................

Adresse.................................

....

E-mail.................................@.................................

Votre cachet

350 – 03/2012

Annick Le Bohec - SNSMCV - 13, rue Niepce, 75014 Paris
Tél. : 01 45 43 70 76 - Fax : 01 45 43 08 10 - e-mail : coeur@club-internet.fr

› Supplément internet de la revue Le Cardiologue

Cardionews



En alternance et en complément de la revue Le Cardiologue, Cardionews est une lettre socio-professionnelle envoyée par email. Véritable espace de communication avec des interviews régulières de présidents de régions, Cardionews offre également une revue de presse, des chroniques politiques, professionnelles ou syndicales, un baromètre de personnalités, etc.

POUR VOUS ABONNER

Communiquez votre adresse mail au Syndicat : coeur@club-internet.fr

Fotolia

Vous êtes intéressé par une petite annonce ?

Merci de bien vouloir rédiger une lettre pour chaque annonce vous intéressant (sans oublier de la mettre sous enveloppe cachetée sur laquelle vous indiquez le numéro de référence), adresser vos réponses au « Service Petites Annonces ». Il est aussi possible de joindre directement l'auteur de l'annonce grâce au contact précisé.

Nous ne pouvons en aucun cas vous communiquer l'adresse des confrères.

Nous serions, par ailleurs, reconnaissants à tous les médecins de bien vouloir répondre aux lettres qui leur sont adressées, même si l'affaire a déjà été conclue.

Les petites annonces du Cardiologue sont réservées aux cardiologues à titre personnel. Elles sont offertes pour trois passages maximum aux cardiologues abonnés ou adhérents au SNSMCV à jour de cotisation, sous réserve qu'elles n'aient pas un caractère commercial. Pour les SCM, sociétés commerciales, cliniques ou établissements, les rubriques annonces classées, offres d'emploi, formation, immobilier, sont facturées sur devis.

Non-adhérent Non-abonné	Adhérent Abonné
Forfait jusqu'à 6 lignes	
140 € TTC	Offert
La ligne supplémentaire	
20 € TTC	Offert
Domiciliation à la revue	
40 € TTC	40 € TTC
Encadré de l'annonce	
40 € TTC	40 € TTC

Une ligne = 30 caractères (signes et espaces)

Nom.................................Prénom.................................

Adresse.................................

❍ Je suis abonné/adhérent I Mon numéro d'abonné/adhérent I

❍ Je joins un chèque de I_______I euros à l'ordre de Cardiologue Presse.

❍ Je désire une facture.

Coupon à renvoyer à Le Cardiologue – 13 rue Niepce - 75014 Paris

Vos petites annonces doivent nous parvenir avant le 20 du mois pour une parution le mois suivant



HYPERCHOLESTÉROLÉMIE PRIMAIRE ET DYSLIPIDÉMIE MIXTE NON CONTRÔLÉES DE FAÇON APPROPRIÉE PAR UNE STATINE SEULE ET LE RÉGIME LORSQUE L'UTILISATION D'UNE ASSOCIATION EST APPROPRIÉE

La thérapie HYBRIDE

PUISSANTE CONTRE LE LDL-C GRÂCE À LA DOUBLE ACTION

INEGY®
(ézétimibe/simvastatine)

2 mécanismes d'action complémentaires

INEGY® 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg, comprimé. **PRESENTATION ET COMPOSITION (*) :** ézétimibe (10 mg) ; simvastatine (20 mg ou 40 mg) ; butylhydroxyanisole, acide citrique monohydraté, croscarmellose sodique, hypromellose, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline, gallate de propyle. **INDICATIONS : - *Hypercholestérolémie* :** • INEGY est indiqué comme traitement adjuvant au régime chez les patients ayant une hypercholestérolémie primaire (familiale hétérozygote et non familiale) ou une dyslipidémie mixte lorsque l'utilisation d'une association est appropriée : patients non contrôlés de façon appropriée par une statine seule, ou patients recevant déjà une statine et de l'ézétimibe. • INEGY contient de l'ézétimibe et de la simvastatine. La simvastatine (20 à 40 mg) a montré une réduction de la fréquence des événements cardiovasculaires (cf. rubrique 5.1). Des études démontrant l'efficacité d'INEGY ou de l'ézétimibe dans la prévention des complications de l'athérosclérose sont en cours. **- *Hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo)* :** • INEGY est indiqué comme traitement adjuvant au régime chez les patients ayant une HFHo. Ces patients peuvent recevoir également des traitements adjuvants (exemple : aphérèse des LDL). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION (*) :** • Suivre un régime hypolipidémiant adapté. • La posologie usuelle est 10/20 mg ou 10/40 mg une fois par jour le soir. Tous les dosages peuvent ne pas être commercialisés. • La posologie doit être individualisée (si nécessaire, ajustements à intervalles d'au moins 4 semaines). • En association à une résine échangeuse d'ions, INEGY sera pris soit ≥ 2 h avant ou ≥ 4 h après. • En association avec de l'amiodarone ou du vérapamil, la posologie d'INEGY ne devra pas dépasser 10/20 mg/j. • En association avec de la ciclosporine, du danazol ou de la niacine à doses hypolipémiantes (≥ 1 g/j), la posologie d'INEGY ne devra pas dépasser 10/10 mg/j (non disponible). • Non recommandé chez l'enfant et l'adolescent. • Insuffisant rénal sévère : prudence pour des posologies supérieures à 10 mg/10 mg/j. C.T.J. : 1,64 € à 1,82 € (INEGY 10 mg/20 mg), 1,82 € à 2,01 € (INEGY 10 mg/40 mg). **CONTRE-INDICATIONS :** • Hypersensibilité à l'ézétimibe, à la simvastatine ou à l'un des constituants du médicament. • Grossesse et allaitement (voir rubrique 4.6). • Affection hépatique évolutive ou élévation prolongée inexpliquée des transaminases sériques. • Administration concomitante avec des puissants inhibiteurs du CYP3A4 (par exemple, itraconazole, kétoconazole, érythromycine, clarithromycine, télithromycine, inhibiteurs de protéase du VIH et néfazodone) (voir rubriques 4.4 et 4.5). **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI (*) :** - Des cas d'atteinte musculaire et de rhabdomyolyse ont été rapportés. Informer les patients du risque d'atteinte musculaire. Doser la CPK : • avant le début du traitement chez les patients ayant des facteurs prédisposant à la survenue d'une rhabdomyolyse Ipendant le traitement chez tout patient présentant des symptômes musculaires. Arrêter le traitement si une atteinte musculaire est suspectée. Surveiller étroitement les patients sous acide fusidique, et suspendre éventuellement le traitement. - Des tests hépatiques doivent être pratiqués avant le début du traitement et ensuite si cela s'avère nécessaire cliniquement. - Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique modérée ou sévère ou de prise de fibrates. - Prudence en cas de prise de ciclosporine ou d'AVK ou de fluindione. - En raison de la présence de lactose, contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS (*) :** - *Associations contre-indiquées :* • puissants inhibiteurs du CYP3A4 - *Association déconseillée :* • fibrates. - *Associations nécessitant des précautions d'emploi :* • anti-acides • cholestyramine • ciclosporine • danazol • niacine • amiodarone • vérapamil • diltiazem • acide fusidique • anticoagulants oraux • jus de pamplemousse. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT (*) :** INEGY est contre-indiqué. **EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES (*) :** des étourdissements ont été rapportés. **EFFETS INDÉSIRABLES (*) :** céphalées, flatulences, douleurs abdominales, diarrhée, myalgies, fatigue, constipation, nausées, pancréatite, hépatite/ictère, myopathie/rhabdomyolyse, réactions d'hypersensibilité incluant rash, urticaire, anaphylaxie, angio-œdème, thrombocytopénie, lithiase biliaire, cholécystite, augmentation des transaminases et des CPK, dépression. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES (*) :** Classe pharmaco-thérapeutique : **inhibiteurs de l'HMG-CoA reductase en association à d'autres agents hypolipémiants**. **DONNEES ADMINISTRATIVES :** Liste I - *INEGY 10 mg/20 mg* : • A.M.M. 34009 369 613 7 1 : boîte de 30 cps (2005, rév. 29.09.2009) ; Prix : 54,52 €. Remb. Séc. Soc. 65%. - Agréé Collect. • A.M.M. 34009 390 956 7 7 : boîte de 90 cps (2005, rév. 29.09.2009) ; Prix : 147,42 €. Remb. Séc. Soc. 65%. - Agréé Collect. IA.M.M. 34009 567 138 3 7 : boîte de 50 cps (2005, rév. 29.09.2009) ; Conditionnement exclusivement hospitalier - Agréé Collect. - *INEGY 10 mg/40 mg* : • A.M.M. 34009 369 616 6 1 : boîte de 30 cps (2005, rév. 29.09.2009) ; Prix : 60,24 €. Remb. Séc. Soc. 65%. • A.M.M. 34009 390 957 3 8 : boîte de 90 cps (2005, rév. 29.09.2009) ; Prix : 163,71 €. Remb. Séc. Soc. 65%. - Agréé Collect. - Agréé Collect. • A.M.M. 34009 567 140 8 7 : boîte de 50 cps (2005, rév. 29.09.2009) ; Conditionnement exclusivement hospitalier - Agréé Collect. **TITULAIRE DE L'A.M.M. :** MSD-SP LTD - Hertford Road, Hoddesdon - HERTFORDSHIRE EN11 9BU - Royaume-Uni. **EXPLOITANT :** MSD France - 34, avenue Léonard de Vinci - 92400 Courbevoie - Information médicale : 01 80 46 40 40. *Pour une information complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit sur le site internet de l'Afssaps,http://www.afssaps.fr

12 12 - INE 11 F 0700 J - Décembre 2011

Des études démontrant l'efficacité d'INEGY ou de l'ézétimibe dans la prévention des complications de l'athérosclérose sont en cours

Avant de prescrire, pour des informations complètes consulter le RCP disponible sur le site www.afssaps.fr

